



Universidad Autónoma de Madrid

Facultad de Medicina

Sección departamental de Enfermería

ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DROGADICCIÓN EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS ESPAÑOLES

ATTENTION TO THE PEOPLE WITH SUBSTANCE- RELATED DISORDERS AT SPANISH PRISONS

TRABAJO DE FIN DE GRADO DE ENFERMERÍA

Revisión Narrativa

Curso 2016-2017

Autoría:

Irene Alonso Valero

Ana Aranda Portillo

Tutoría:

Doña Asunción García González

Doña Laura Otero García



ÍNDICE

Resumen	1
1. Introducción.....	3
1.1 Definiciones	3
1.2 Historia.....	7
1.3 Características generales de la persona drogodependiente en prisión	9
1.4 Intervenciones	12
1.5 Justificación	16
1.6 Objetivos	17
2. Metodología.....	18
2.1 Diseño	18
2.2 Estrategia de búsqueda.....	18
2.3 Criterios de Selección	20
3. Resultados.....	32
3.1 Características de la población drogadicta y/o penitenciaria	41
3.2 Intervenciones sanitarias	47
3.3 Competencias de Enfermería	50
4. Discusión	54
4.1 Limitaciones.....	55
4.2 Fortalezas	57
4.3 Recomendaciones para la práctica clínica	57
4.4 Líneas de investigación	58
5. Conclusiones.....	60
Agradecimientos	62
Bibliografía.....	63
Anexos	69



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Términos usados en cada base de datos mediante lenguaje libre y controlado.	19
Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión	20
Tabla 3. Búsqueda realizada a través de PubMed	21
Tabla 4. Búsqueda realizada a través de Cuiden	24
Tabla 5. Búsqueda realizada a través de ScieLo España	25
Tabla 6. Búsqueda realizada a través de Cinahl	27
Tabla 7. Búsqueda realizada a través de Google Académico	29
Tabla 8. Búsqueda realizada a través de Dialnet Plus	30
Tabla 9. Proceso de selección de artículos	31
Tabla 10. Documentos seleccionados y su expresión sobre las categorías de resultados	33
Tabla 11. Conocimiento y actividades de las competencias enfermeras	51

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Prevalencia del consumo de las 5 drogas más empleadas por la población general en España en 2013	11
Ilustración 2. Prevalencia del consumo de las 5 drogas más empleadas por la población penitenciaria en España en 2011	11
Ilustración 3. Clasificación de los programas	13
Ilustración 4. Clasificación de los documentos seleccionados según su año de publicación	32
Ilustración 5. Etapas en las que se divide el PAE	52



RESUMEN:

Introducción: El consumo de drogas genera alteraciones a nivel biopsicosocial y puede dar lugar al ingreso en penitenciarías. La entrada en prisión supone un proceso de adaptación complejo, cuyas consecuencias aparecen durante la estancia en la penitenciaría y después de la misma, además de agravarse debido a la drogodependencia.

Objetivo: Conocer la evidencia científica disponible referente al consumo de drogas en los centros penitenciarios españoles y las competencias que desarrolla enfermería relacionadas con esta problemática.

Metodología: Se ha llevado a cabo una revisión narrativa mediante la búsqueda bibliográfica realizada en las bases de datos PubMed, Cuiden, ScieLo España, Cinahl, Google Académico y Dialnet Plus.

Resultados: Se identificó un total de 270 artículos cuyo título estaba relacionado con la temática. Finalmente fueron seleccionados 24 para la realización de la revisión. Se establecieron 3 grupos de contenidos: Características de la población drogadicta y/o penitenciaria, Intervenciones sanitarias y Competencias de Enfermería, contextualizados en España y Europa, buscando responder a los objetivos propuestos.

Conclusiones: El abordaje de las drogodependencias en las cárceles debe ser multidisciplinar, asumiendo el carácter dinámico de nuestra sociedad. Es necesaria la visibilización de la profesión enfermera, definiendo sus funciones. Se busca el respeto de todos los derechos humanos, salvo el de libertad, y, asimismo, la reeducación y la reinserción social. Todo ello mediante la combinación de intervenciones que mejoren la excelencia en el cuidado.

Palabras clave: Prisiones, Drogodependencia, Consumidores de drogas, Droga, Cuidados, Enfermería.



ABSTRACT:

Introduction: Drug use can cause alterations at the biopsychosocial level and the entry into penitentiaries. This income involves a complex adaptative process, whose consequences are shown both during and after it, in addition to being aggravated by drug addiction.

Objective: To know the scientific evidence that exists regarding to drug use in Spanish prisons and nursing competences related to the care in this field.

Methodology: A narrative review was performed through a search on different electronic databases: PubMed, Cuiden, ScieLo España, Cinahl, Google Scholar and Dialnet Plus.

Results: A total of 270 articles whose titles was related to the topic, were identified. Finally, 24 were selected for the review, and their content was classified into three categories: Characteristics of the drug and/or penitentiary population, Health interventions and Nursing apability, contextualized in Spain and Europe, seeking to respond to the proposed objectives.

Conclusions: The approach to drug dependency in prisons should be a multidisciplinary task, being aware of the dynanism of our society. It is necessary the visibilization of the nursing profession, defining its competences. Respect for all human rights is required, except for freedom, and also social reinserction and re-education. All through the combination of actions in order to reach for care excellence.

Keywords: Prisons, Substance-Related Disorders, Drug Users, Drug, Care, Nursing.



1. INTRODUCCIÓN

El Trabajo de Fin de Grado (TFG) que se desarrolla a continuación, se fundamenta en la elaboración de una revisión narrativa sobre la atención sanitaria a las personas en situación de drogodependencia en los centros penitenciarios españoles.

1.1 DEFINICIONES

Haciendo referencia al primer concepto básico de la presente revisión, una **droga** es “*una sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno*”, tal y como se refleja en la RAE.¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe una droga como “*toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, por cualquier vía, inhalación, ingestión, intramuscular o endovenosa, es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico*”. En esta definición se refleja el cambio de percepción, emociones, juicio o comportamiento que sufre una persona consumidora de estas sustancias y que puede generar la necesidad de seguir consumiéndolas provocando alteraciones físicas y psíquicas y efectos perjudiciales asociados tanto a sí misma como a su entorno.²

Otro término adecuado para referirse al conjunto de sustancias en materia de drogas, gracias al carácter neutro de su significado, es el de **sustancia psicoactiva**. Se define como “*sustancia que cuando se ingiere, afecta a los procesos mentales*”.³

Las drogas pueden clasificarse en función de distintos criterios. Por un lado, se dividen según el efecto que causen a nivel del Sistema Nervioso Central (SNC): pueden ser **depresoras**, cuando disminuyen su actividad; **estimulantes**, si la aumentan, y **alucinógenas**, en caso de que provoquen distorsiones en el SNC.³

Por otro, se pueden dividir en ilegales y legales. En España, se considera que una **droga ilegal** es una sustancia psicoactiva cuya producción, venta o consumo están prohibidos. Mientras que una **droga legal** es aquella que está legalmente disponible mediante prescripción médica o también sin ella, en una determinada jurisdicción.³

Con respecto al concepto de **abuso**, queda definido por la RAE¹ como “*uso excesivo, injusto o indebido de algo o de alguien*.”



Este abuso puede causar alteraciones a distintos niveles. Uno de los efectos de estas alteraciones es la **drogodependencia**, que la RAE¹ define como el “*uso habitual de estupefacientes al que el drogadicto no se puede sustraer*”.

Es importante establecer la diferencia entre **dependencia** y **adicción**, a pesar de que esta es mínima. El primer término se basa en los cambios neurobiológicos que subyacen al consumo y se define como la “*necesidad compulsiva de alguna sustancia, como alcohol, tabaco o drogas, para experimentar sus efectos o calmar el malestar producido por su privación*”.¹ Sin embargo, el segundo término hace referencia al grado elevado de dependencia y se define como “*dependencia de sustancias o actividades nocivas para la salud o equilibrio psíquico*”.⁴

Fisiológicamente, el consumo de drogas produce a nivel cerebral una activación de la **vía mesolímbica dopaminérgica** (DA), la cual forma parte de un circuito de recompensa. Esta vía se activa generalmente por estímulos primarios, que son aquellos imprescindibles para la supervivencia y la creación de hábitos de conducta (comer, dormir, sexo, etc.).^{4, 5}

Tras la activación de la vía DA a través de los estímulos primarios, se produce como efecto un fenómeno de “saciedad”. Sin embargo, cuando esta vía es activada por una droga, de forma aguda se genera una respuesta que aumenta el deseo de consumo tras la primera administración. Cuanto más intensos sean los síntomas de la sustancia, mayor será el deseo imperioso o “craving” de experimentarlos de nuevo. De este modo, se produce una hiperactividad de esta vía inducida por la droga, creando un hábito patológico cuyo fin es su consumo.^{4, 5}

La droga da lugar a unos efectos reforzadores que pueden ser positivos o negativos. Los primeros, se caracterizan por generar una sensación agradable y satisfactoria en el individuo. Por su parte, los segundos se manifiestan por el alivio de un síntoma desagradable y aversivo. En el caso de los negativos, al finalizar el efecto de la sustancia, se produce un efecto rebote de una intensidad mayor.^{4, 5}

Si el consumo se cronifica, se refuerza la producción de dopamina, lo que se conoce como “*sensibilización dopaminérgica*”. Además, se producen fenómenos de adaptación para mantener el equilibrio a nivel cerebral, lo cual tendrá efectos de regulación a la baja del circuito de recompensa, es decir, aumenta la sensación de necesidad de consumo. Los resultados serán el aumento de la dependencia y el deterioro del auto-control. Por lo tanto, se convierte en adicto (fisiológico) y en adepto (psicológico).^{4, 5}



En caso del cese del consumo, en primer lugar, se produce una disminución de la liberación de dopamina, lo que da lugar a síntomas que generan el **síndrome de abstinencia** que depende del tipo de droga.^{4, 5} Este último término, hace referencia al conjunto de síntomas que aparecen al suspender o reducir el consumo de una sustancia psicoactiva. No se debe confundir con la **abstinencia** que, en este caso, es la privación del consumo.³

Si la persona supera este periodo, comienza la segunda fase de la abstinencia. Durante esta, la drogadicción puede ser superada o bien, el individuo puede recaer en el consumo de drogas. Es posible que se produzcan alteraciones a nivel psicológico, como el “*ansia de droga*”, proceso por el cual la persona presenta el deseo imperioso de volver a consumir la sustancia. De modo, que en situaciones determinadas hay aspectos que pueden llegar a potenciar o aumentar las probabilidades de volver a consumir drogas, como pueden ser recrear los lugares asociados al consumo o fases de estrés. Son estas variables ambientales las que aumentan la variabilidad de las personas hacia la adicción.⁴

Existen unos sistemas de clasificación de las patologías mentales, **CIE-10**⁶ (Sistema de Clasificación de Enfermedades de la OMS) y **DSM-V**⁷ (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, creado por la Asociación Americana de Psiquiatría) desde una perspectiva sintomática.

En la primera, CIE-10⁶, se incluyen diversos diagnósticos en función de su gravedad y forma clínica. Está compuesto por un sistema de codificación alfanumérico formado por una letra seguida de tres números en el nivel de cuatro caracteres. Las categorías que hacen referencia a la drogadicción se agrupan entre la clasificación F-10 y F-19, con sus subdivisiones correspondientes. (Anexo 1).⁶

En segundo lugar, el sistema DSM-V⁷, habla de los “*Trastornos relacionados con el consumo de sustancias*” que se divide a su vez en los “*Trastornos relacionados con el consumo de sustancias*” y los “*Trastornos inducidos por sustancias*”. El primero comprende diez clases de drogas (alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes, tabaco y otras sustancias no especificadas) y en el segundo se incluyen las afecciones de intoxicación, abstinencia y otros trastornos mentales inducidos por una sustancia o medicamento. (Anexo 2).⁷

Por su parte, un **centro penitenciario** es un “*establecimiento en el que sufren su condena los penados y donde, además, se desarrolla un régimen tendiente a la rehabilitación social de los reclusos*”, tal y como se plasma en la **Enciclopedia Jurídica**.⁸ Cada centro



es una entidad administrativa con organización propia que está formada por unidades, módulos y departamentos, los cuales facilitan la correcta distribución de los usuarios.⁹

Las normas que regulan el sistema penitenciario español se encuentran en el Artículo 25.2 de **La Constitución Española de 1978**, en la **Ley Orgánica 1/1979 de 26 de septiembre General Penitenciaria (LOGP)**, en el **Reglamento Penitenciario** y en el **Real Decreto 840/2011**.¹⁰

En primer lugar, en el Artículo **25.2** de la **Constitución Española**¹¹ se establece que *“las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social y no podrán consistir en trabajos forzados”*.

En el **Reglamento Penitenciario**⁹ vigente, se establece como fin primordial la reeducación y la reinserción social de la persona, asegurando la privación de su libertad. Además, la **LOGP**¹² dictamina que es la administración penitenciaria en su conjunto la que *“velará por la vida, integridad y salud de los internos”*.

Finalmente, el **RD 840/2011**¹³ regula la ejecución de las penas de trabajos en beneficio de la comunidad y de localización permanente en centro penitenciario, de determinadas medidas de seguridad, así como de la suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad y sustitución de penas.

Lo fundamental es que las personas condenadas puedan acceder a todos los derechos humanos, exceptuando el de la libertad. Deben recibir la misma asistencia sanitaria que en el exterior. Todo ello es lo que se conoce como principio de conservación de derechos.^{9, 12, 14, 15}

Los establecimientos penitenciarios pueden ser de carácter **preventivo**, cuyo fin es la retención y custodia; de **cumplimiento de penas**, que harán frente a las sentencias privativas de libertad; y establecimientos **especiales**, cuyo objetivo es la asistencia. Estos últimos pueden ser hospitalarios, psiquiátricos o de rehabilitación social.¹²

Los servicios sanitarios penitenciarios estarán constituidos por tres dependencias. Una será la enfermería, que debe presentar los recursos necesarios para la atención adecuada de los internos, incluyendo los relacionados con obstetricia, y una capacidad proporcional al número de los mismos. Otra dependencia estará destinada a pacientes psiquiátricos y toxicómanos. Por último, existirá una unidad de aislamiento para enfermos que padezcan un proceso infectocontagioso.^{9,12}



Respecto al personal sanitario, cada centro contará, como mínimo, con: un médico de familia, que deberá presentar conocimientos psiquiátricos; una enfermera, un odontólogo y un número indeterminado de personal auxiliar.¹²

- **Labores de Enfermería:**

Todo el equipo presenta funciones diferentes e interrelacionadas. Concretamente, la práctica de los profesionales de Enfermería conlleva una mezcla de conocimientos científicos, sobre la filosofía enfermera, la práctica clínica, la comunicación y las ciencias sociales.¹⁴

Las funciones del denominado “Cuerpo de Enfermeros de Instituciones Penitenciarias” se recogen en el **Artículo 324 del RD 120/1981**¹⁶, del 8 de mayo, son:

- Acudir con el profesional de medicina a la visita de cada uno de los pacientes ingresados y seguir las prescripciones que se realicen.
- Realización de curas.
- Control de medicación, material e instrumental sanitario.
- Dirigir las operaciones de desinfección.
- Hacerse cargo de la documentación administrativa de enfermería.

Para formar parte de este cuerpo, se debe superar un proceso selectivo cuyo programa se basa en conocimientos legislativos y administrativos de las penitenciarías, las características sociodemográficas sanitarias más prevalentes en la actualidad de la población española y el medio penitenciario, y la valoración y cuidados de todos los procesos de salud que pueden tener lugar en dichas instituciones. Es en un capítulo del temario, en el que se estudia la problemática referente a la drogadicción, sus consecuencias biopsicosociales y las competencias enfermeras en este ámbito.¹⁷

Respecto a la carga asistencial que presentan los profesionales enfermeros, se estima que hay 9,09 profesionales de enfermería por cada 1000 personas en situación de reclusión con una ratio de 1:110.¹⁴

1.2 HISTORIA

La Enfermería Penitenciaria Española se origina en los siglos XVI-XVII cuando se fundó la **Mínima congregación de los Hermanos Enfermeros Pobres**, también conocida por el nombre de los **Obregones**, donde se asistía a los enfermos pobres y a los reclusos. Se caracterizó por desarrollar y aplicar cuatro funciones de Enfermería: la prestación de



cuidados, la enseñanza, la gestión de recursos y la investigación. La curación de la persona se entendía como un equilibrio entre los aspectos físico, psíquico y social.¹⁴

En 1834 se publica la **Ordenanza General de los Presidios del Reino** dictada por la Regente, madre de Isabel II de Borbón; y en 1884, el **Reglamento**, donde aparece la necesidad de crear una unidad de Enfermería provista de suficientes camas y un facultativo médico-cirujano para evitar, así, los traslados innecesarios al hospital. Es entonces cuando aparece por primera vez en España el concepto de **Sanidad Penitenciaria (SP)** como elemento propio de las prisiones, que hace referencia a *“toda actividad promovida desde la prisión para la prevención y restauración de la salud de las personas reclusas”*.^{14, 18, 19}

Haciendo referencia al ámbito internacional, en el Primer congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en Ginebra en 1955, se aprobaron las **Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos**, que establecían que el médico debía tener conocimientos psiquiátricos, entre otras de sus obligaciones.²⁰

En el caso de la drogodependencia, en España, durante la década de los años 70, el consumo de drogas comienza a ser motivo de preocupación social en la población joven española debido al aumento que se estaba produciendo en el consumo de heroína.^{21, 22, 23} Las actuaciones que se realizaban para ese colectivo se hacían de forma aislada y puntual, sin existir una clara planificación nacional de las políticas de intervención.^{22, 24} En 1985 se crea el **Plan Nacional sobre las Drogas (PNSD)** para dar respuesta a los conflictos generados por el consumo a través de la publicación de diferentes planes y programas.^{21, 22, 23}

A partir de los años 90, se empiezan a producir una serie de cambios significativos gracias a estos planes.^{23, 24} Destaca el descenso del número de consumidores de heroína, aumentando el número de aquellos de cannabis y cocaína.²³

A nivel internacional, el control sobre estupefacientes y sustancias psicoactivas se inicia a principios del siglo XX. Todo comenzó en 1880, a partir del alto consumo de opio en China, provocando la mayor epidemia de abuso de drogas en un país.²⁵

Debido a ello se celebró la Primera Reunión Internacional sobre el problema de las drogas en Shangai, La Comisión del Opio (1909). A partir de ésta los controles comenzaron a aumentar, sobre todo después de la Primera Guerra Mundial (1914-1918), dando lugar a



una disminución del 70% de la producción del opio, teniendo en cuenta que la población mundial se había cuadruplicado.²⁵

Con el paso de los años se ha producido una gran diversificación de las drogas y un aumento de la capacidad de su síntesis, que ha obligado a la celebración de varias convenciones relacionadas con esta problemática bajo la coordinación de la Organización de las Naciones Unidas (ONU).²⁵

Fue en 1998 cuando tuvo lugar la **Vigésima Sesión especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS)**, en la cual, tratando la problemática de las drogas, se aprobaron unos documentos que comprometían a los países firmantes a conseguir una reducción de la demanda de las drogas, cuyos resultados se evaluarían en 2009. La respuesta de España, que participó en dicha asamblea, se dio a través del PNSD, aprobando la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008.²³ Los resultados obtenidos por UNGASS mostraban un gran progreso, pero no se consiguieron los objetivos marcados en algunas zonas de los países miembros.²⁵

Un nuevo análisis será realizado en 2019, cuyo resultado esperado es la “*minimización y eventual eliminación de la disponibilidad y uso de drogas ilícitas*”.²⁵ España persigue este nuevo objetivo mediante la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016.²³

1.3 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA PERSONA DROGODEPENDIENTE EN PRISIÓN

Con el paso de los años ha cambiado, a nivel general, el perfil de la población penitenciaria en España.²³ La edad media ha aumentado progresivamente, provocando el envejecimiento de la población e incrementando las patologías de tipo crónico, siendo las más prevalentes la Dislipemia (DL) y la Hipertensión Arterial (HTA).²⁶

En relación al género, las mujeres encarceladas representan en torno a un 5-6%, frente al 94-95% constituido por los varones. Son ellas las que se encuentran en una mayor proporción en régimen preventivo.^{26, 27}

En relación a la criminalidad, España se ha convertido en el país de Europa occidental con la tasa más alta de presos con delitos contra la salud pública y la propiedad, vinculados mayoritariamente a la desfavorable posición social y/o al consumo de drogas.²⁸



Existen dos tipos de delitos relacionados con las drogas; aquellos que se cometen para conseguir la droga y otros bajo el efecto de las mismas, ambos englobados dentro de los que se consideran delitos contra la salud pública.^{28,29} Este tipo de delitos son los segundos más prevalentes, después de los realizados contra el patrimonio.²⁷

Aquellas personas que ejecutan delitos bajo los efectos de una droga, pueden obtener un eximente de la pena, a no ser que se haya realizado debido a la adicción que presenta.^{30,}

³¹ Existe una clara relación entre el consumo de sustancias drogadictivas y la delincuencia, pero esto no quiere decir que la primera situación conduzca inexorablemente a la segunda. Sino que son factores de riesgo biopsicosociales los que influyen en el resultado.²⁸

Con respecto a las personas drogodependientes en prisiones, estas presentan una mayor prevalencia en relación a la población general. Aun así, este colectivo ha disminuido en estas instituciones, lo cual se justifica con el incremento de las personas de origen extranjero, llegando a constituir la mitad de la población penitenciaria, cuyos motivos de encarcelamiento son de una índole distinta a la drogadicción. De este modo el porcentaje de drogodependiente ha disminuido de un 50% a un 30%. Los usuarios de drogas son, en su mayoría, de origen español.^{14, 26, 28}

A nivel del territorio español, en la población se refleja que el alcohol es la sustancia más consumida, seguida del tabaco, los fármacos psicoactivos y drogas ilegales, sobre todo cannabis y la cocaína. Por su parte, el consumo de heroína ha experimentado un descenso progresivo.^{27, 32} Las drogas menos consumidas son las anfetaminas, los alucinógenos y los inhalables.^{27, 33}

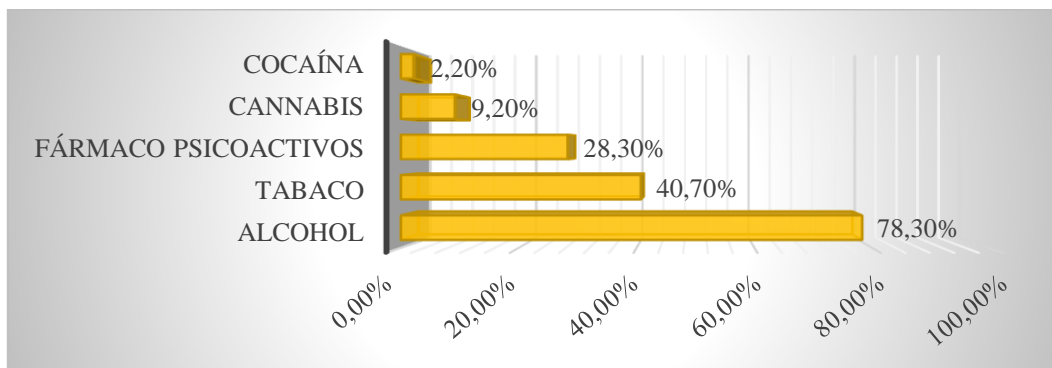
Se ha producido un aumento en el consumo de varias sustancias diferentes a la heroína como el cannabis y cocaína, lo que ha supuesto el consumo simultáneo de diferentes sustancias por un mismo individuo, es lo que se conoce como **politoxicomanía**. Sin embargo, al entrar en prisión se produce un descenso del consumo en general, pero sobretodo de la cocaína y el alcohol.^{27, 28}

En el medio penitenciario, la droga más consumida es el cannabis, los fármacos psicoactivos, el alcohol, la heroína y la cocaína. El consumo inyectado es uno de los más disminuidos tanto en el medio comunitario como en la prisión.²⁷

En las ilustraciones 1 y 2 se observa la diferencia entre la prevalencia de las drogas más consumidas entre la población general y la penitenciaria.

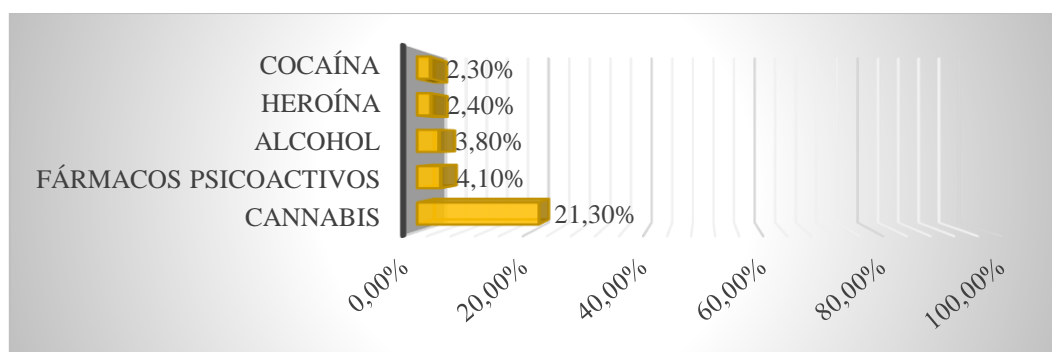


Ilustración 1. Prevalencia del consumo de las 5 drogas más empleadas por la población general en España en 2013.



Fuente: Elaboración propia.³²

Ilustración 2. Prevalencia del consumo de las 5 drogas más empleadas por la población penitenciaria en España en 2011.



Fuente: Elaboración propia.²⁷

Las personas consumidoras de drogas presentan peor salud física y mental con respecto al resto de la población. A ello se le añade la discriminación y estigmatización que sufren tanto fuera como dentro de las instituciones penitenciarias. Como consecuencia, se produce un aumento de la vulnerabilidad y exclusión social, dificultando la reeducación y reinserción social e incrementando las posibilidades de reincidencia tras su salida.^{33, 34} Sin embargo, actualmente el consumo se relaciona cada vez más con actividades recreativas.²³

Cuando la persona ingresa en prisión, supone una adaptación psico-social a la institución llena de situaciones estresantes y adquisición de nuevos hábitos, que es lo que se conoce **prisionización**.³⁵



1.4 INTERVENCIONES

Para el correcto abordaje del consumo de drogas, se debe trabajar colectivamente entre todos los miembros que conforman un centro penitenciario, desde una perspectiva multidisciplinar y basándose en un modelo biopsicosocial, que entiende la drogodependencia como un hábito determinado por la interacción de esos tres factores.^{5, 21, 36, 37} Además, todas las actividades deben orientarse a las características de este colectivo que, como se ha reflejado, experimentan cambios de forma constante.^{5, 27}

Concretamente, en Enfermería, se sigue lo que se conoce como Proceso de Atención Enfermero (PAE) o Proceso Enfermero (PE) constituido por 5 partes: Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, para el adecuado abordaje de la persona drogodependiente.²¹

Todas las intervenciones realizadas por los profesionales de la salud, deben ir dirigidas, por un lado, a la **reducción de la demanda** y, por otro, a la **reducción de la oferta**.^{22, 23}

En primer lugar, la reducción de la demanda comprende desde actividades de la promoción de la salud hasta la prevención del consumo, pasando por estrategias de Disminución del Riesgo y reducción del Daño y la Asistencia, y de inserción social.²³

El organismo responsable de la supervisión de estas intervenciones es la **Comisión de Seguimiento del Plan de intervención en materia de drogas**.³⁷

- **Reducción de la demanda:**

a) Promoción:

El concepto se define por primera vez en 1984 en La Carta de Ottawa como *“el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla”* y, posteriormente, en 1986 la OMS como el *“proceso por el cual la gente se capacita para aumentar el control sobre su salud y mejorarla.”*^{5, 21, 38}

La promoción se basa en los términos empoderamiento y advocacy. Con el primero se dota a la persona de la capacidad suficiente para poder tomar sus propias decisiones, asumiendo su propio liderazgo. El segundo, que se traduce como “abogacía” del inglés, hace referencia a la defensa de medidas para conseguir cambios legislativos o normativos que mejoren las condiciones de salud.^{5, 38}

b) Prevención:

Se fundamenta en conseguir crear una conciencia a nivel social, aumentar las capacidades y habilidades a nivel personal y retrasar la edad de inicio de consumo. De este modo se debe convertir a la población en parte activa de la actuación, capacitar al individuo para hacer frente a sus problemas propios y disminuir la adicción en la población joven.^{5, 23}

Para llevar a cabo adecuadamente este proceso, se parte del binomio salud-enfermedad, que se entiende como un proceso dinámico donde participan múltiples factores, a través de la aplicación de los conceptos de Educación para la Salud (EpS) y bienestar.^{5, 22, 23}

En adicciones existen tres niveles de prevención: el universal, dirigido a toda la población; el selectivo, dirigido a grupos con riesgo de iniciar el consumo, y el indicado, que está dirigido a individuos que sí consumen.²¹

c) Disminución del riesgo y reducción del Daño y Asistencia e inserción social:

Para alcanzar los objetivos de los centros penitenciarios, es decir, la reeducación y reinserción social, existen diversas intervenciones a desarrollar.¹²

Un **programa** se define como “*una serie ordenada de operaciones para llevar a cabo un proyecto que apunta a lograr un resultado definitivo*”.⁵

En España, se han desarrollado diversos programas a llevar a cabo en las penitenciarías, clasificados según las necesidades que presente la persona^{23, 36}, los cuales se muestran en la Ilustración 3.

Ilustración 3: Clasificación de programas.

Fuente: Pérez-Lozao Gallego M, Arenas Carbellido C (Coord) Intervención sobre drogas en Centros Penitenciarios: Actuar es posible. [Internet] Madrid: Ministerio de sanidad y consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 2006; p 57. Disponible en: <https://goo.gl/2sdOv4>



Existen los denominados **Programas de prevención y EpS** cuyas intervenciones buscan la instauración de estilos de vida adecuados mediante estrategias de Educación Sanitaria y lo que se denomina “Mediación en salud”.³⁶ El concepto tiene como finalidad la formación de los internos, quienes actuarán después como Agentes de Salud para el resto de sus compañeros, como principio de educación entre iguales.³⁶

Además, se encuentran los **Programas orientados a la abstinencia** que pretenden conseguir y mantener la privación del consumo de drogas. Está constituido por 3 fases: la *desintoxicación/abstinencia supervisada*, donde se trabaja la dependencia física, la *deshabitación*, enfatizando las actuaciones sobre la dependencia psicológica, y la *reinserción social*, que busca conseguir la consolidación completa de la abstinencia y la adaptación social. Las intervenciones se fundamentan en la creación de estrategias de afrontamiento y técnicas de resolución de problemas.^{5, 36}

También están presentes los **Programas de reducción de daños y riesgos** que son un conjunto de actuaciones en diferentes áreas que buscan reducir los efectos negativos asociados al consumo de drogas, sin la necesidad obligatoria de erradicar dicho consumo.³⁶

Podemos encontrar los **Programas de Sustitutivos con Opiáceos (TSO)** que se basan en la sustitución de un opiáceo ilegal de vida media corta, por otro legal de vida media más larga, que se prescribe por un profesional médico en un período de tiempo concreto y bajo control.^{21, 23, 36} Se encuentra el denominado **Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM)**, donde enfermería interviene en la administración de la medicación, el control de posibles efectos secundarios e interacciones con otros medicamentos y en la supervisión del estado general del paciente. Además de la metadona, también existen otros tratamientos con fármacos tales como la Suboxone® y la naltrexona.^{21, 36}

En relación con otras drogas, enfermería también administra tratamiento para la adicción al alcohol: los Interdictores o Aversivos del alcohol. Para el resto de drogas, se realizan intervenciones de EpS, control adherencia al tratamiento y manejo clínico de los síntomas.²¹

También se encuentran los **Programas de Intercambio de Jeringuillas (PIJ)**.^{21, 36} Donde se busca la reducción del daño y del riesgo que se deriva del consumo vía intravenosa (IV), sobre todo el uso compartido de jeringuillas. Anteriormente, se



pretendía reducir el contagio de infecciones y la sobredosis.^{23, 36} Enfermería interviene en la distribución del material preventivo, información, asesoramiento y seguimiento.²¹

Anteriormente, se pretendía reducir el contagio de infecciones y las situaciones de sobredosis.^{23, 36} Sin embargo, desde el 2009, se incluyen actividades de prevención de accidentes de tráfico y actuaciones para disminución de riesgo, sobre todo para el ocio.²³

También podemos encontrar otros programas que están relacionados con la vida en un centro penitenciario y conforman un itinerario básico del recluso drogodependiente. Estos programas son un vínculo entre el itinerario penitenciario del recluso y su tratamiento individual. Los más relevantes son: **Programas de acogida y motivación, Programas de carácter lúdico o recreativo, Programas de actividades deportivas y Programas de actividades socioculturales.**³⁶

En último lugar se encuentra el **Programa para la Preparación de la vida en Libertad** que ayudan a la salida del centro penitenciario. Se busca la adaptación de la persona a la vida en libertad y, además, conseguir la continuidad de todos los tratamientos de los que se ha beneficiado durante su tiempo en prisión.^{28, 36}

Además, existen **Grupos familiares, Grupos de Apoyo, Centros de día, Comunidades Terapéuticas, Pisos tutelados de reinserción, Grupos de Unidades de Desintoxicación Hospitalaria** para el tratamiento de la persona en la comunidad.⁵

En particular, en este medio exterior, se encuentran los Centros de Atención a Drogodependientes (CAD), que se coordinan con las instituciones penitenciarias para facilitar la integración social de la persona a la salida de la prisión. Además, presentan actividades ante esta problemática dirigidas a la población en la comunidad.²¹

En añadido a todo lo previo, en España existe una Cartera de Servicios de Sanidad Penitenciaria, donde concretamente en el capítulo 6, se hace mención al colectivo drogodependiente bajo la denominación de grupos de riesgo. En este apartado se plasman intervenciones de características similares a las desarrolladas con anterioridad.³⁹

- **Reducción de la oferta:**

Las actuaciones que se llevan a cabo en este ámbito, dependen de si la droga es legal o ilegal.²³ En las primeras lo importante es la publicidad que se hace de ellas, las edades a las que va dirigida y los lugares que la facilitan. En las segundas, la actuación se realiza por las fuerzas de seguridad y judiciales, controlando desde las materias primas hasta la



transformación de las ganancias en bienes cuantificables, incluyendo el tráfico internacional e interno de cada estado.²³ En definitiva, busca evitar la introducción y el tráfico de sustancias en los centros penitenciarios.³⁷

1.5 JUSTIFICACIÓN

Existe una disminución de la prevalencia de las personas drogodependientes en las cárceles. Aun así, el porcentaje sigue teniendo un importante impacto en la sociedad. Su importancia radica en la desestabilización a nivel físico, psíquico y social.^{1, 4, 7, 23, 26, 27, 33, 34, 37}

La finalidad de la presente revisión narrativa con respecto a la profesión de enfermería es la visualización de sus competencias en el control y la disminución de la drogodependencia dentro del ámbito penitenciario, como hábito que pone en riesgo la salud biopsicosocial de la persona.¹⁴

Se ha convertido en un problema social debido a los cambios que se han producido en los patrones del consumo, al gran número de muertes anuales que se producen por esta causa a nivel mundial y el gasto económico que genera.²¹

Actualmente sigue siendo una carencia comunitaria la atención a las personas con riesgo de vulnerabilidad y de exclusión social. Esto se debe, por un lado, a las escasas políticas de integración llevadas a cabo por los centros penitenciarios y, por otro lado, a la poca intercomunicación entre los servicios sanitarios de la prisión y los servicios asistenciales de la comunidad. Todo ello provoca que la transición entre la liberación y la integración en la comunidad sea dificultosa y favorecedora para la reincidencia tanto en delitos como en consumo de drogas.²⁸

Con todo lo descrito, es importante la actuación sobre este problema, no solo porque son ciudadanos a los que los profesionales de salud deben atender por esa garantía de los derechos humanos, sino por el impacto social que supone.



Los objetivos del presente TFG son los que se desarrollan a continuación:

1.6 OBJETIVOS

- **General:** Conocer la evidencia científica disponible en relación al consumo de drogas, entre las personas institucionalizadas en centros penitenciarios en España y el abordaje de su cuidado por Enfermería.
- **Específicos:**
 1. Registrar las definiciones relacionadas con la drogodependencia e instituciones penitenciarias mencionadas por diversos organismos.
 2. Identificar los datos epidemiológicos de consumo y su relación con los diferentes tipos de drogas.
 3. Describir las características de la población reclusa consumidora de drogas en los centros penitenciarios españoles.
 4. Argumentar las intervenciones relacionadas con la prevención/atención del uso de drogas que realizan los profesionales de la salud, y en concreto las y los profesionales de Enfermería que trabajan en instituciones penitenciarias en España.



2 METODOLOGÍA

2.1 DISEÑO

El presente trabajo tiene como finalidad realizar una revisión narrativa, entendiéndose como una modalidad de revisión literaria, sin método definido de búsqueda, haciendo crítica y síntesis de la documentación encontrada.⁴⁰ En este caso se enfoca al consumo de drogas en personas que se encuentran en centros penitenciarios españoles y haciendo una comparativa a nivel europeo. Para ello, se han utilizado diversas bases de datos y, según los criterios de selección, se recopilaron los documentos que se exponen a continuación.

2.2 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Para llevar a cabo la revisión narrativa se realizarán las búsquedas bibliográficas en las bases de datos Pubmed, Cuiden, ScieLo España, Cinahl, Google Académico y Dialnet plus.

En las búsquedas realizadas se ha usado, por un lado, el lenguaje controlado mediante el uso de los descriptores MeSH y DeCS en las palabras “prisiones”, “trastornos relacionados con sustancias”, “consumidores de drogas”, “drogodependencia”, “abuso de drogas” y “enfermería”, junto con las traducciones en inglés “prisons”, “substance-related disorders”, “drug users”, “drug addiction”, “drug abuse” y “nursing”, tras la consulta de la Biblioteca Virtual de la Salud (BVS).

Por otro lado, se usó el lenguaje libre para los términos, “prisión”, “droga”, y “cuidado”, con sus respectivas traducciones en inglés “prison”, “drug” y “care”.

Dichos términos se combinaron con los operadores booleano “AND”, “OR” and “NOT”. En las tablas 3-8 aparece reflejada la estrategia de búsqueda con las que se obtuvieron los resultados de la misma.

A continuación, se ha elaborado la Tabla 1, en la que se reflejan los términos usados en cada base de datos, según el lenguaje libre y controlado expuesto anteriormente.



Tabla 1. Términos usados en cada base de datos mediante lenguaje controlado y libre:

	Lenguaje controlado	Lenguaje libre
Pubmed	Prisons	Care
	Substance-Related Disorders	Nurs*
	Europe	
Cuiden	Prisiones	Droga
		Cuidados
ScieLo España	-	Droga
		Cui*
		Pris*
Cinahl	Prisons	Care
	Drug abuse	Nurs*
Google Académico	Prisiones	Cuidados
	Drogodependencia	
	Enfermería	
Dialnet plus	Prisiones	Cuidados
	Drogodependencia	
	Enfermería	

Fuente: Elaboración propia.



2.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Para la selección de los diferentes artículos, se realizó una lectura de los títulos y resúmenes estableciendo los criterios mostrados en la Tabla 2:

Tabla 2: Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Artículos que plasmen el tema de “Drogodependencias”, “Consumo de drogas en cárceles” y “Situación penitenciaria” respecto al marco legislativo, los profesionales y los internos.	Artículos que no plasmen el tema de “Drogodependencias”, “Consumo de drogas en cárceles” y “Situación penitenciaria” respecto al marco legislativo, los profesionales y los internos.
Artículos contextualizados en España y Europa.	Artículos fuera de España y Europa.
Artículos publicados en, al menos, los últimos 10 años, desde el año 2007 al año 2017, ambos incluidos.	Artículos publicados en años diferentes a los comprendidos entre 2007 y 2017.
Artículos en inglés, español y portugués.	Artículos en idiomas diferentes al inglés, español y portugués.
Artículos originales con acceso a texto completo y/o resumen y documentos oficiales.	Artículos originales sin acceso a texto completo y/o resumen y documentos oficiales.
Artículos que traten edades a partir de los 18 años.	Artículos que no traten edades a partir de los 18 años.

Fuente: Elaboración propia.

**- PUBMED:**

La primera búsqueda se realizó usando el lenguaje controlado MeSH con los términos “Prisons” y “Substance-related disorders”. Para la obtención de información más concreta sobre el tema se realizó una segunda búsqueda añadiendo el término libre “Care” y el truncamiento de “Nurse” (Nurs*), combinados estos últimos con el operador boleano OR y dando lugar a una búsqueda mixta. Finalmente, se repitieron las mismas añadiendo el término MeSH “Europe” debido que ampliaba los resultados sobre este continente y descartaba otros como América y Asia.

En la tabla 3, se reflejan los artículos que se obtuvieron en cada búsqueda.

Tabla 3. Búsqueda realizada a través de PubMed.

	Términos	Límites	Estrategia de búsqueda	Nº artículos encontrados	Nº artículos seleccionados tras lectura completa
PUBMED	“Prisons” “Substance-Related Disorders”	<u>Language:</u> English, Spanish, Portuguese <u>Publication dates:</u> 2007/01/01 - 2017/12/31 <u>Ages:</u> 19+ years, 19-24 years, 19-44 years, 45+ years, 45-64 years, 65+ years	((“prisons”[MeSH Terms]) AND “substance related disorders”[MeSH Terms])	281	10



	Términos	Límites	Estrategia de búsqueda	Nº artículos encontrados	Nº artículos seleccionados tras lectura completa
PUBMED	“Prisons”, “Substance related disorders”, “Care”, “Nurs*”	<u>Language:</u> English, Spanish, Portuguese <u>Publication dates:</u> 2007/01/01 - 2017/12/31 <u>Ages:</u> 19+ years, 19-24 years, 19-44 years, 45+ years, 45-64 years, 65+ years	((("prisons"[MeSH Terms]) AND "substance related disorders"[MeSH Terms]) AND (Care OR Nurs*))	99	0
	“Prisons”, “Substance Related Disorders”, “Europe”	<u>Language:</u> English, Spanish, Portuguese <u>Publication dates:</u> 2007/01/01 - 2017/12/31 <u>Ages:</u> 19+ years, 19-24 years, 19-44 years, 45+ years, 45-64 years, 65+ years	("prisons"[MeSH Terms] AND "substance related disorders"[MeSH Terms] AND "europe"[MeSH Terms])	53	8



	Términos	Límites	Estrategia de búsqueda	Nº artículos encontrados	Nº artículos seleccionados tras lectura completa
PUBMED	“Prisons”, “Substance related disorders”, “Care”, “Nurs*”, “Europe”	<u>Language:</u> English, Spanish, Portuguese <u>Publication dates:</u> 2007/01/01 - 2017/12/31 <u>Ages:</u> 19+ years, 19-24 years, 19-44 years, 45+ years, 45-64 years, 65+ years	(((“prisons”[MeSH Terms]) AND “substance related disorders”[MeSH Terms]) AND (Care OR Nurs*)) AND “europe”[MeSH Terms]	17	3

Fuente: Elaboración propia



- **CUIDEN:**

Las dos búsquedas que se realizaron fueron mixtas, estando la primera formada por los términos “Droga” y “Prisiones” y la segunda, por los mismos añadiendo “Cuidados”.

Tabla 4. Búsqueda realizada a través de Cuiden.

	Términos	Límites	Estrategia de búsqueda	Nº artículos encontrados	Nº artículos seleccionados tras lectura completa
CUIDEN	“Droga”, “Prisiones”	<u>Año de publicación:</u> 2007 - 2017	(“droga”) AND (“prisiones”)	13	6
	“Droga”, “Prisiones”, “Cuidados”	<u>Año de publicación:</u> 2007 - 2017	([cla=Drogas]) AND ((([cla=Prisiones])AND([cla=Cuidados]))	0	0

Fuente: Elaboración propia



En esta base de datos se realizaron dos búsquedas para la consecución del trabajo. En la primera se usó el término libre “Droga” y el truncamiento de “Prisión” (Pris). En la segunda se incluyó además el truncamiento del término libre “Cuidado” (Cui).

Tabla 5. Búsqueda realizada a través de ScieLo España.

	Términos	Límites	Estrategia de búsqueda	Nº artículos encontrado s	Nº artículos seleccionados tras lectura completa
SCIELO ESPAÑA	“Droga”, “Pris”	<u>Año de publicación:</u> De 2007 a 2017	(droga) or DROGA or DROGADICCION or DROGADICTA or DROGADICTE or DROGADICTOS or DROGADO or DROGADOS or DROGAS or DROGODEPENDENCIA or DROGODEPENDENCIAS or DROGODEPENDIENTE or DROGODEPENDIENTES or DROGRAS or DRUG or DRUGS [Resumen] and PRISION or PRISIONAL or PRISIONERAS or PRISIONERO or PRISIONES or PRISON or PRISONER or PRISONERS or PRISONS [Resumen]	31	7



	Términos	Límites	Estrategia de búsqueda	Nº artículos encontrados	Nº artículos seleccionados tras lectura completa
SCIELO ESPAÑA	“Droga”, “Pris”, “Cui”	<u>Año de publicación:</u> De 2007 a 2017	DROGA or DROGADICCION or DROGADICTOS or DROGAS or DROGODEPENDIENTES or DRUG or DRUGS [Resumen] and PRISION or PRISIONEROS or PRISIONES or PRISIONIZACION or PRISIONS or PRISON or PRISONERS or PRISONS or PRISSON [Resumen] and CUIDADO or CUIDADOR or CUIDADORA or CUIDADORAS or CUIDADORES or CUIDADOS or CUIDADOSA or CUIDADOSAMENTE or CUIDADOSO or CUIDADOSOS or CUIDANDO or CUIDAOS or CUIDAR or CUIDARNOS or CUIDARSE [Resumen]	0	0

Fuente: Elaboración propia.



- **CINAHL:**

Del mismo modo que anteriormente, se desarrollaron dos búsquedas. En primer lugar, se usaron los términos controlados “Drug abuse” y “Prisons” y posteriormente, se añadió el término libre “Care”, obteniendo una búsqueda mixta.

Se marcó la casilla “*Exclusión de los registros de Medline*”, con el fin de evitar la duplicación de artículos recuperados de PubMed, no encontrando ningún texto en las búsquedas realizadas.

Tabla 6. Búsqueda realizada a través de Cinahl.

	Términos	Límites	Estrategia de búsqueda	Nº artículos encontrados	Nº artículos seleccionados tras lectura completa
CINAHL	“Drug abuse”, “Prisons”	<u>Fecha de publicación:</u> 2007/01/01- 2017/12/31 <u>Grupos de edad:</u> Adult: 19-44 years, Middle aged: 45-64 years, Aged: +65 years <u>Subconjunto geográfico:</u> Europe, Ireland & UK <u>Idioma:</u> Español, Inglés, Portugués	AB drug abuse AND AB prison	0	0



	Términos	Límites	Estrategia de búsqueda	Nº artículos encontrados	Nº artículos seleccionados tras lectura completa
CINAHL	“Drug abuse”, “Prisons”, “Care”, “Nurs*”	<u>Fecha de publicación:</u> 2007/01/01- 2017/12/31 <u>Grupos de edad:</u> Adult: 19-44 years, Middle aged: 45-64 years, Aged: +65 years <u>Subconjunto geográfico:</u> Europe, Ireland & UK <u>Idioma:</u> Español, Inglés, Portugués	AB drug abuse AND AB prison AND AB (care or nurs*)	0	0

Fuente: Elaboración propia.



- **GOOGLE ACADÉMICO:**

Las siguientes sentencias de búsqueda incluyen los términos “Drogodependencia”, “Prisiones” y “Cuidados”, como primera opción. Posteriormente, se realiza otra añadiendo el término “Enfermería”. En ambas se usó como operador booleano AND.

La tabla 7 muestra los artículos que se encontraron:

Tabla 7. Búsqueda realizada a través de Google Académico.

	Términos	Límites	Estrategia de búsqueda	Nº artículos encontrados	Nº artículos seleccionados tras lectura completa
GOOGLE ACADÉMICO	“Drogodependencia” “Prisiones”, “Cuidados”	<u>Año de publicación:</u> 2007 - 2017 Cualquier idioma Ordenado según relevancia	Drogodependencia AND Prisiones AND Cuidados	268	2
	“Drogodependencia” “Prisiones”, “Enfermería”, “Cuidados”	Desde 2007 a 2017 Cualquier idioma Ordenado según relevancia	Drogodependencia AND Prisiones AND Enfermería AND Cuidados	179	2

Fuente: Elaboración propia.

**- DIALNET PLUS:**

En este caso se realizaron un total de dos búsquedas. Se usaron, en primer lugar, los términos controlados “Drogodependencia” y “Prisiones”, mediante el operador booleano AND. Posteriormente, se añadieron los términos “Cuidados” y “Enfermería”, siendo el primero libre y el segundo controlado, unidos mediante el operador booleano OR entre ellos y mediante AND con lo anterior.

Tabla 8. Búsqueda realizada mediante Dialnet Plus:

	Términos	Límites	Estrategia de búsqueda	Nº artículos encontrados	Nº artículos seleccionados tras lectura completa
DIALNET PLUS	“Drogodependencia”, “Prisiones”	<u>Año de publicación:</u> 2007-2017 Ordenado según año de publicación	Drogodependencia AND Prisiones	8	1
	“Drogodependencia”, “Prisiones”, “Cuidados” “Enfermería”	<u>Año de publicación:</u> 2007-2017 Ordenado según año de publicación	Drogodependencia AND Prisiones AND (Cuidados OR Enfermería)	0	0

Fuente: Elaboración propia.



Para la selección de artículos de mayor relevancia, en un principio se realizó una primera lectura correspondiente al título y resumen de cada artículo, considerando los criterios de inclusión propuestos en la temática a revisar. Posteriormente, se buscó a texto completo aquellos que respondían al objetivo del estudio. Se llevó a cabo una lectura exhaustiva mediante el uso de la herramienta de análisis de estudios cualitativos CASPe, para seleccionar los artículos que tuviesen categoría buena o muy buena y descartar los de aceptable y baja.

Tabla 9. Proceso de selección de artículos:

Base de datos	Artículos totales encontrados	Artículos seleccionados por el título y resumen	Artículos seleccionados tras la lectura completa	Artículos duplicados
PubMed	450	178	10	2
Cuiden	13	8	6	3
ScieLo España	31	19	7	3
Cinahl	0	0	0	0
Google Académico	447	62	4	0
Dialnet Plus	8	3	1	0

Fuente: Elaboración propia.

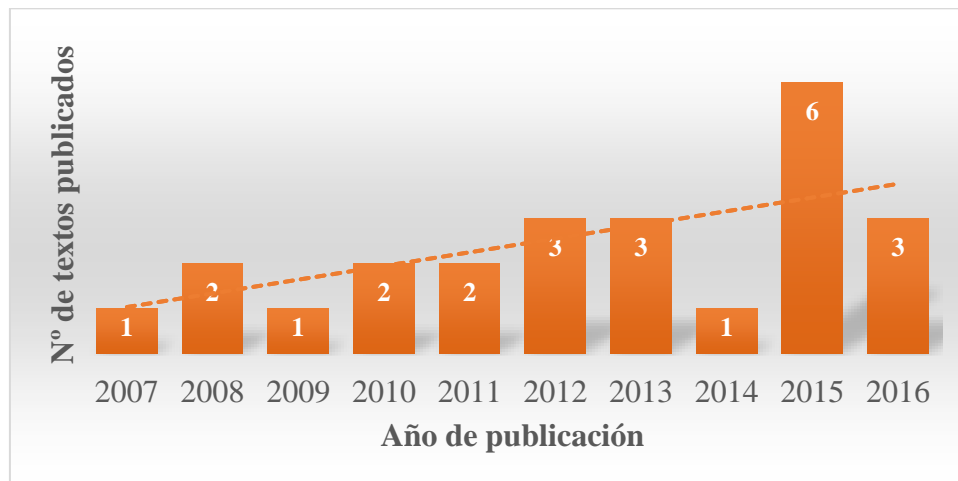


3. RESULTADOS

Tras completar la búsqueda se obtuvieron un total de 949 artículos. Previamente, se seleccionaron 270, cuyos títulos y resúmenes se correspondían con las características que se buscaban para el presente trabajo. Finalmente, tras una lectura exhaustiva, se seleccionaron 24 artículos debido a su relevancia con los objetivos de esta revisión narrativa.

En la Ilustración 4 se recogen los artículos seleccionados para el análisis, clasificándolos según el año.

Ilustración 4. Clasificación de los documentos seleccionados según su año de publicación.



Fuente: Elaboración propia

En esta figura se puede observar una tendencia ascendente en el estudio de los diferentes aspectos pertinentes al trabajo.

A partir del contenido de los artículos, se establecieron 3 grupos de contenidos o categorías de análisis en relación a los objetivos propuestos, los cuales aparecen en la Tabla 10 y se desarrollan posteriormente.


Tabla 10. Documentos seleccionados y su expresión sobre las categorías de resultados

Base de datos	Autor y Año de publicación	Título del artículo seleccionado	Tipo de texto	Categorías		
				Población penitenciaria consumidora	Intervenciones sanitarias	Enfermería
PubMed	Gannon M, Stole ZM Año 2008	Drug misuse treatment services in Scotland: predicting outcomes	Estudio observacional de cohortes.	Muestra las características de la población penitenciaria europea.	Analiza qué factores de satisfacción sobre los programas, son los mejores para mejorar sus resultados.	El abordaje debe responder en las necesidades individuales de cada persona
	Berg Nettet M, Rustad AB, Kjelsberg E, Almvik R, Håkon Bjørngaard J. Año 2011	Health care seeking behaviour among prisoners in Norway.	Estudio descriptivo transversal.	Refiere las diferentes características de la población presa en Noruega y observa su uso de la asistencia sanitaria.		
	Narkauskaitė L, Juozulynas A, Mackiewicz Z, Surkiene G, Prapiestis J. Año 2007	The prevalence of psychotropic substance use and its influencing factors in Lithuanian penitentiaries	Estudio descriptivo transversal.	Plasma las características de los consumidores en penitenciarías lituanas y la relación con sus características individuales		



Base de datos	Autor y Año de publicación	Título del artículo seleccionado	Tipo de texto	Categorías		
				Población penitenciaria consumidora	Intervenciones sanitarias	Enfermería
PubMed	Abad-Pérez I, Carbonell-Franco E, Navarro-García D, Roig-Sena FJ, A Salazar A. Año 2011	Evolution of the main diagnoses of hospital discharges amongst the prison population in Valencia, 2000-2009.	Estudio descriptivo transversal.	Analiza las características de la población hospitalizada de origen penitenciario y los diagnósticos que estas presentaron al alta		
	Jacomet C, Guyot-Lénat A, Bonny C, Henquell C, Rude M5, Dydymski S et al. Año 2015	Addressing the challenges of chronic viral infections and addiction in prisons: the PRODEPIST study	Estudio analítico observacional de cohorte.		Determina algunas actividades del Centro de Cuidados de Asistencia y Prevención de Adicción” (CSAPA)	
	Moschetti K, Stadelmann P, Wangmo T, Holly A, Bodenmann P, Wasserfallen JB et al. Año 2015	Disease profiles of detainees in the Canton of Vaud in Switzerland: gender and age differences in substance abuse, mental Health and chronic Health conditions.	Estudio descriptivo transversal.	Estudia las características sociodemográficas de la población carcelaria y su relación con el uso de drogas y trastornos mentales en una región de Suecia.		



Base de datos	Autor y Año de publicación	Título del artículo seleccionado	Tipo de texto	Categorías		
				Población penitenciaria consumidora	Intervenciones sanitarias	Enfermería
PubMed	Favrod-Coune T, Baroudi M, Casillas A, Rieder JP, Gétaz L, Barro J et al. Año 2013	Opioid substitution treatment in pretrial prison detention: a case study from Geneva, Switzerland	Estudio descriptivo transversal.	Analiza las características demográficas de prisiones suizas.	Observó las propiedades del TSO.	
	Torsten Kolind Año 2015	Drugs and discretionary power in prisons: The officer's perspective.	Estudio cualitativo observacional.	Determina la respuesta de los presos ante la seguridad impuesta por los funcionarios.		
	Caravaca-Sánchez F, Falcón Romero M, Luna A. Año 2015	Prevalence and predictors of psychoactive substance use among men in prisons.	Estudio descriptivo transversal	Analiza las características sociodemográficas de cárceles españolas y su relación con el tamaño.		
	Bird SM, Fischbacher CM, Graham L, Frase A. Año 2015	Impact of opioid substitution therapy for Scotland's prisoners on drug-related deaths soon after prisoner release	Estudio descriptivo longitudinal		Plasma los resultados del TSO en personas que vuelven a la comunidad a corto y largo plazo.	



Base de datos	Autor y Año de publicación	Título del artículo seleccionado	Tipo de texto	Categorías		
				Población penitenciaria consumidora	Intervenciones sanitarias	Enfermería
Cuiden	Borraz Fernández JR. Año 2016	En el laberinto de las drogas. Drogas y cárcel & Manuel.	Estudio cualitativo descriptivo.	Expresa la vivencia de un preso y su consumo de drogas. Describe sus características.		Refiere la ayuda que recibió de la enfermería en su adicción.
	Brugal MT. Año 2012	El papel de la Sanidad Penitenciaria en la prevención y tratamiento del consumo de drogas ilegales.	Editorial.	Explica características sociodemográficas de la población penitenciaria española.	Establece que la función sanitaria ayuda a mejorar dichas características.	Mayor investigación para mejorar el proceso del cuidado.
	Secretaría General de Instituciones penitenciarias Año 2010	La Recomendación de Madrid: La protección de la salud en las prisiones como parte esencial de la salud pública.	Recomendación.		Expresa la relevancia y el carácter que deben tener las diferentes intervenciones en las penitenciarías mundiales.	
ScieLo España	De la Fuente L, Bravo MJ, Jiménez-Mejías E, Sordo L, Pulido J, Barrio G. Año 2012	Evolución de la necesidad y cobertura de los programas de tratamientos con sustitutivos de opioides e intercambio de jeringas en las prisiones españolas, 1992-2009	Estudio descriptivo longitudinal.	Contextualiza el consumo desde la década de los años 70 en España.	Plasma la cobertura que tuvieron diferentes programas contra la drogadicción en prisiones españolas y lo que ello supuso.	



Base de datos	Autor y Año de publicación	Título del artículo seleccionado	Tipo de texto	Categorías		
				Población penitenciaria consumidora	Intervenciones sanitarias	Enfermería
ScieLo España	Rodríguez-Martínez A, Ruiz-Rodríguez F, Antón-Basanta JJ, Herrera-Jáimez J, Máiquez-Pérez A, Ottaviano-Catillo A. Año 2010	¿Tienen apoyo social los reclusos drogodependientes? Estudio en una prisión andaluza.	Estudio descriptivo transversal.	Añade el término apoyo social a los factores de mayor relevancia para el riesgo de drogadicción.	Refiere las propiedades de dos programas contra la drogadicción de forma generalizada.	
	Arroyo JM, Ortega E. Año 2009	Los trastornos de personalidad en reclusos como factor de distorsión del clima social de la prisión: comparación entre población española y extranjera.	Estudio descriptivo transversal	Analiza los comportamientos llevados a cabo por los presos en las penitenciarías.		
	Rincón-Moreno S, Vera-Remartínez E, García Guerrero J, Planelles Ramos MV. Año 2008	Consumo de drogas al ingreso en prisión: comparación entre población española y extranjera.	Estudio descriptivo transversal.	Realiza una comparativa entre el consumo de drogas de la población autóctona e inmigrante.		



Base de datos	Autor y Año de publicación	Título del artículo seleccionado	Tipo de texto	Categorías		
				Población penitenciaria consumidora	Intervenciones sanitarias	Enfermería
ScieLo España	Caravaca-Sánchez F, Sánchez-Alcaraz Martínez C, Osuna E, Falcón Romero M, Luna A. Año 2015	Implicaciones del consumo de sustancias psicoactivas sobre la salud de hombres privados de libertad.	Estudio transversal analítico.	Analiza la victimización de la población en penitenciarías en relación con el consumo de drogas.		
	Rodríguez Díaz FJ, Bringas-Molleda C, De la Villa Moral-Jiménez M, Pérez-Sánchez B, Ovejero-Bernal A. Año 2013	Relationship between psychoactive substance use and family maltreatment: a prison population analysis.	Estudio descriptivo serie de casos.	Expresa la prevalencia de diferentes tipos de violencia en el ámbito familiar sobre los consumidores de determinadas drogas.		
Google Académico	Márquez I, Iñigo C. Año 2012	Guía Atención y tratamientos en prisión por el uso de drogas: Drogodependencia entre muros.	Revisión bibliográfica.	Se plasman las propiedades de la población penitenciaria en relación con el consumo de drogas en Europa.	Presenta las características de los programas llevados a cabo en las instituciones penitenciarias y otras intervenciones asistenciales contra la drogadicción.	Establece la necesidad de actualizar los conocimientos para la excelencia en el cuidado.



Base de datos	Autor y Año de publicación	Título del artículo seleccionado	Tipo de texto	Categorías		
				Población penitenciaria consumidora	Intervenciones sanitarias	Competencias de enfermería
Google Académico	Rubio Arribas FJ. Año 2013	Aspectos psicosociológicos de las personas excarceladas y/o encarceladas.	Revisión bibliográfica	Manifiesta la adaptación que deben realizar las personas al ingresar en prisión y las características que presentan		
	Sánchez-Roig M, Coll-Cámara A. Año 2016	Prison nursing and it's training.	Revisión bibliográfica.	Define el concepto de prisionización y todo lo que este proceso conlleva al recluso.		Hace referencia a las actividades concretas que realiza la enfermería y su carencia en la formación general que se imparte en diferentes países.
	Martínez-Delgado MM. Año 2014	Estandarización de los cuidados de enfermería en los pacientes ingresado en un centro penitenciario	Estudio descriptivo transversal.	Refiere el perfil de la población penitenciaria en un centro de Soria.		Establece el formato que debe seguir el PAE en los pacientes que ingresan en un centro penitenciario.



Base de datos	Autor y Año de publicación	Título del artículo seleccionado	Tipo de texto	Categorías		
				Población penitenciaria consumidora	Intervenciones sanitarias	Enfermería
Dialnet plus	Esbec E, Echeburúa E. Año 2016	Abuso de drogas y delincuencia: consideraciones para una valoración forense integral.	Revisión bibliográfica.	Expresa la relación que existe entre el consumo de drogas y las actividades delictivas.		

Fuente: Elaboración propia.



En añadido, el día 24 de marzo de 2017, acudimos al Centro Penitenciario Madrid V, Soto del Real con la intención de poder observar la realidad de la situación con respecto a la población y el cuerpo enfermero en una penitenciaría. De este modo, se pudo comparar la información encontrada en la literatura con la opinión proporcionada por los expertos de estas instituciones, la cual se corresponde con un nivel de evidencia IV, completando, así, la elaboración del presente trabajo.

3.1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DROGODEPENDIENTE Y/O PENITENCIARIA

En 21 de los artículos seleccionados se hace mención a las características que presenta la población consumidora de drogas, la cual ha ido cambiando a lo largo del tiempo.⁴¹

En la década de los años 70, con el paso de la dictadura a la democracia, comenzó a extenderse el consumo de heroína y la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en la población joven española, alcanzando su máxima incidencia en 1980 y 1985, respectivamente.^{41, 42} A finales de los años 80 y principios de los años 90, una de cada dos personas se había inyectado drogas y una de cada tres era portadora del VIH.⁴²

Es a partir de esta situación cuando comienza a incluirse a las personas drogodependientes en los tratados referentes a los derechos humanos.⁴¹ El documento de Brugal MT⁴¹ se sobreentiende que existe una relación causal entre el consumo de drogas ilegales y el ingreso en prisión; se refleja la *“obligación legal de respetar, proteger y satisfacer el derecho de los presos a la igualdad y la no discriminación, la vida, la seguridad de su persona y el disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”*. En esta afirmación no se reflejan los documentos legales a los que se hace referencia, pero hemos podido determinar que son todos aquellos en relación a la normativa penitenciaria.

Brugal MT⁴¹ dispone que la influencia negativa de determinados factores, como pueden ser socioeconómicos, ambientales, comportamentales y legales, puede aumentar el riesgo de acabar en prisión, realizar actos delictivos y reincidir en ambas acciones. Además, también se relaciona con una mayor predisposición a la morbimortalidad.⁴¹

En la revisión bibliográfica de Rubio Arribas FJ⁴³ se plasma que la mayoría de los reclusos presentaba características desfavorables antes del ingreso, siendo estas la vulnerabilidad y la exclusión social. Específicamente, la prostitución puntual, la compra-venta de droga a pequeña escala y la mendicidad fueron las más predominantes. Asimismo, también se hizo referencia al nivel de estudios, destacando que la mayoría de



personas no tenían ningún tipo de estudios o únicamente primarios. Se afirma que los usuarios toxicómanos se encontraban dentro este colectivo.⁴³

Coincidiendo, Brugal MT⁴¹ también hace referencia a los conceptos de vulnerabilidad y exclusión social. Se destaca la estigmatización y la discriminación que está presente en los usuarios de drogas. Esto condiciona que muchos de ellos no tengan contacto con la sanidad hasta el ingreso en prisión.

En el estudio de Rincón-Moreno S et al.⁴⁴ se refleja que el consumo de drogas se relaciona tradicionalmente con una situación de marginalidad. Sin embargo, actualmente se está produciendo un cambio en el motivo del consumo, siendo este la búsqueda del éxito social. De este modo, se vincula a personas con un adecuado nivel de integración social, donde predominan las actividades de ocio como medio de obtención.

Por su parte, en el artículo de Arroyo JM y Ortega E⁴⁵, se hace mención al proceso de adaptación que ha de experimentar la persona al ingreso en prisión, caracterizado como complejo. Está compuesto por una sucesión de pasos: la identificación de la persona, la inscripción en el libro de ingreso, la realización del expediente, el registro, la retirada de objetos personales que estén prohibidos, la información de sus derechos y deberes y, finalmente, la visita de un profesional médico, quien realizará una valoración, y, además, la de otros profesionales encargados de la asignación del módulo correspondiente.^{43, 45}

Esto hace referencia al proceso del ingreso inmediato, que consiste en *“la asimilación por parte de los internos de hábitos, usos y cultura de la prisión y una disminución del repertorio de la conducta humana como resultado de una permanencia prolongada en una institución total”*, tal y como se define en el documento de Sánchez-Roig M y Coll-Cámara A.⁴⁶

Todo lo mencionado supone un cambio repentino y desconcertante en la vida del individuo, afectando de distinta manera a cada persona. Es lo que se conoce como **prisionización**.^{43, 45, 46}

Su desarrollo puede manifestarse como un comportamiento regresivo (inmaduro, inestable afectivamente), agresivo (episodios ansiosos) y, de forma más grave, como una patología mental severa (brotes psicóticos, ansiedad, trastornos afectivos).⁴⁵ El término de prisionización también se refleja en el apartado *Introducción* de este trabajo, debido a la contextualización que proporciona.



En el ámbito europeo, un estudio realizado en Lituania por Narkauskaitė L et al.⁴⁷ explicita que el abuso de drogas en el ámbito penitenciario es una forma de adaptación inadecuada al entorno carcelario, reflejando de forma subliminal el concepto anteriormente descrito.

Otro término relevante en la literatura encontrada es el de **patología dual**, que consiste en una asociación entre una adicción y una patología mental.⁴⁵ En el caso del texto de Arroyo JM y Ortega E⁴⁵, se hace referencia a la relación entre la drogodependencia y los trastornos de la personalidad. Esta patología complica el abordaje de ambas situaciones al presentarse en el individuo de forma simultánea. En el caso de individuos con trastornos mentales, suele ser más complejo el proceso de prisionización, observándose relaciones interpersonales patológicas.⁴⁵

Concretamente, Martínez-Delgado MM⁴⁸ expuso la gran prevalencia de individuos con una patología dual en un centro penitenciario de Soria. De igual modo, en el documento noruego de Berg Nettet M et al.⁴⁹, se muestra la alta tasa de trastornos mentales relacionados con el consumo de drogas.

En los artículos de Rubio Arribas FJ⁴³ y de Sánchez - Roig M y Coll-Cámara A⁴⁶, mencionados previamente, se explica lo que supone la **subcultura carcelaria**, como otro término relevante. Se entiende como una forma para completar lo antes posible el proceso de prisionización, de modo que muchos los reclusos suelen interiorizar actitudes relacionadas con ella. Sin embargo, este concepto tiene su base en la estigmatización, afectando a la autoestima del individuo y dificultando la toma de decisiones propias.^{43, 46}

Como resultado final del ingreso en una prisión se generan, por una parte, situaciones de desconfianza hacia los otros reclusos y profesionales que conforman el entorno penitenciario. Y por otra, se produce un alejamiento de las dimensiones físicas y psicológicas que comprenden la realidad exterior, complicando, así, la reinserción social y laboral en la salida a la comunidad, y favoreciendo la desvinculación familiar.^{43, 46}

No tanto la familia exclusivamente, sino el **apoyo social** a nivel general es lo que constituye uno de los factores de mayor influencia en el éxito de la reeducación y reinserción social, objetivo final de la actividad penitenciaria. Este apoyo se obtiene de la red social de cada individuo, que es el conjunto de relaciones sociales dentro de su entorno. El apoyo social se basa en elementos funcionales y estructurales, tanto reales como percibidos por el individuo en su comunidad y red social. Sirve para la obtención



de ayuda emocional, instrumental o económica, proporcionándole una identidad en función de la cual percibirá un mayor o menor grado de apoyo social.⁵⁰

Concretamente, en el caso de Manuel, según refleja la entrevista llevada a cabo por Borraz Fernández JR⁵¹, sufrió la separación de su padre debido al divorcio de él y su madre, además de la mudanza a otra ciudad con 12 años, cambiando de círculo social y entorno. Tuvo que ayudar a su madre en el ámbito económico, por lo que comenzó a robar e iniciarse en el mundo social de las drogas. Así fue como comenzó el consumo de drogas, que continúa sufriendo a los 44 años, y la reiteración de entradas y salidas de la cárcel.

Debido a que los programas que incluyen este apoyo son los más eficaces, es importante conocer el apoyo social que tienen las personas drogodependientes que se encuentran en un centro penitenciario.⁵⁰

Teniendo en cuenta este apoyo social, son dos los contextos en los cuales se puede llevar a cabo la reinserción social: fuera y dentro de la prisión.⁵²

En comparación con Europa, el estudio de Narkauskaitė L⁴⁷, realizado en una prisión lituana, se expresa la posibilidad de que algunos presos sientan temor ante la idea de salir de la cárcel y volver a la comunidad. Para ello se debe trabajar concienzudamente en eliminar estas sensaciones y asegurar el apoyo social.

En el estudio cualitativo observacional de Kolind T⁵³, se hace referencia a que el endurecimiento del control de drogas en Dinamarca, genera mayor conflictividad, dificultando la reinserción ya mencionada.

En relación a esta conflictividad, el texto de Caravaca-Sánchez F et al.⁵⁴ muestra que existe una relación entre el consumo y la realización de actos violentos. Esto genera una mayor predisposición a experimentar situaciones de victimización dentro de la cárcel entre los consumidores. También se menciona que llevar a cabo actos de violencia física y verbal es más común entre los consumidores.

Asimismo, haber sido víctima de delitos violentos, también predispone a la ejecución de actos delictivos de diverso tipo en un futuro.⁵⁵ Estos se relacionan mayoritariamente con delitos contra la salud pública, es decir, la compra-venta de sustancias, y, en segundo lugar, con delitos contra la propiedad, tal y como expresan Rubio-Arribas FJ⁴³ y Rodríguez-Díaz FJ et al.⁵⁵



Estos últimos autores también añaden que haber sufrido violencia en el entorno familiar, genera mayor riesgo de consumo de drogas de forma temprana.⁵⁵

Esbec E y Echeburúa E⁵⁶ explican que el consumo de drogas no supone una inexorable conducta delictiva, aunque bien es verdad que guardan una estrecha relación. No todos los drogodependientes delinquen debido a su patología, sino que, en ocasiones, sí se cometen delitos con carácter caprichoso y voluntario.

Existen 3 posibles situaciones delictivas relacionadas con el consumo.^{55, 56}

- Actos violentos debidos a la intoxicación de una sustancia.
- Delinquir para abastecerse y evitar la abstinencia, llevando a cabo hurtos o estafas, o bien, produciendo y traficando con sustancias a pequeña escala. Es lo que se denomina “*delito funcional*”.
- Consecución de delitos que derivan en una situación de consumo. En este caso, se llamaría “*delito que induce el consumo de drogas*”.

En relación al tiempo de estancia, Caravaca-Sánchez F et al.⁵⁷ manifiesta en su estudio transversal, que aquellos presos con condenas más largas y cuya personalidad es más agresiva, muestran mayor frecuencia en el consumo. Asimismo, se refleja que este consumo está condicionado por el tamaño del centro penitenciario, observando que, a mayor capacidad, se disminuye el control y aumenta la prevalencia.⁵⁷ En añadido, el estudio realizado por Moschetti K et al.⁵⁸ en una región de Suiza, refiere que el mero hecho de encontrarse en prisión, predispone al consumo de sustancias, dato que queda también reflejado en el artículo de Kolind T.⁵³

Alrededor de los últimos 10 años, se ha intentado evitar esta falta de control, por lo que se han construido nuevas instituciones, denominadas “*Centros Tipo*”. Estos espacios permiten una mayor división de los módulos y, por tanto, albergar una gran cantidad de presos de forma controlada. De 68 cárceles que hay en España, 11 presentan estas características, según datos del año 2015.⁵⁷

Referente a las patologías más prevalentes en las cárceles españolas, Martínez-Delgado MM⁴⁸ menciona la alta tasa de infecciones (VIH, VHC, TBC), drogodependencias y problemas mentales presentes en la población penitenciaria.

Por su parte, Abad-Pérez I et al.⁵⁹ expresan en un estudio realizado en la población penitenciaria de Valencia, que las patologías más frecuentes fueron las infectocontagiosas de VIH, VHC, TBC, neumonías y, además, problemas con el consumo de drogas.



Haciendo mención a las características que presenta la población penitenciaria europea, cabe destacar la presencia de enfermedades crónicas, infecciosas (VIH, VHC, VHB y TBC), problemas adictivos y problemas de salud mental, reflejadas en los textos de Slote Morris Z y Gannon M⁶⁰ y Berg Nettet et al.⁴⁹

Hablando del género, en dos estudios se establece que entre el 92,4% y 93,5% son varones y entre un 7,6% y 6,5% mujeres.^{43, 44} Siendo datos similares a los estudios europeos de Moschetti K et al.⁵⁸, de Favrod-Coune T⁶¹ y Berg Nettet M et al.⁴⁹, con porcentajes de entre un 92% y 95,3%, en varones y un 4,7% y 8%, en mujeres.

En España, es apreciable una mayor proporción de mujeres en las prisiones debido a la evolución de sus actividades hacia el ámbito público, alejándose del doméstico.⁴³

En cuanto a la edad, más de la mitad de los presos españoles tienen menos de 40 años, en torno a una décima parte tienen menos de 25 años, siendo la edad media de 34.⁴³ En el estudio de Rincón-Moreno S⁴⁴, se plasma que es de 31,9 años, difiriendo ligeramente del dato anterior. En el ámbito europeo, Berg Nettet M et al.⁴⁹, explica en un estudio en Noruega que la edad media es de 35. Sin embargo, varía ligeramente de lo obtenido en Ginebra por Favrod-Coune T⁶¹, donde se refleja que la edad media es de 29,6 años.

Finalmente, el estudio del centro penitenciario de Castellón, afirma que el 64% de su población es de origen extranjero y el 36% de origen español, coincidiendo con Martínez-Delgado MM⁴⁸, en su estudio en Soria.⁴⁴ A nivel de todo el territorio español, los datos se invierten, según el texto de Rubio Arribas FJ, siendo el porcentaje de españoles de 66,63% y el de extranjeros, 33,37% en 2012.⁴³

Al mencionar el tipo de droga consumida y su prevalencia, se describe en el estudio de Rincón-Moreno S et al.⁴⁴ que el tabaco es la más consumida dentro de las drogas denominadas legales y la cocaína, de las ilegales.

La población de origen extranjero consume en mayor proporción las drogas legales, siendo estas, tabaco y alcohol, a diferencia de la población española. Sin embargo, son estos últimos los que mayor cantidad de sustancia tabáquica consumen. En el caso de drogas ilegales, la proporción de consumidores se invierte, siendo los españoles los consumidores principales de éstas.⁴⁴

Según el estudio de Caravaca-Sánchez F et al.⁵⁷, compuesto por un total de ocho centros penitenciarios, se observó que el cannabis es la droga más consumida, con un 43% y en



segundo lugar el alcohol, con un 38%. En el otro extremo se encuentra el crack, siendo la menos consumida, con un 12%.

En el estudio descriptivo transversal de Castilla - La Mancha, el cannabis fue la más predominante, con un 40,4%, ofreciendo un dato similar al del artículo anterior.^{54, 57}

El perfil de la persona drogodependiente también se puede caracterizar por el consumo de varias sustancias, es decir, **politoxicomanía**, teniendo preferencia por una de ellas y consumiendo el resto en menor proporción.⁵² En el texto de Rincón-Moreno S et al.⁴⁴ se determina que casi la mitad de la población española presenta una situación de este tipo.

En relación a la penitenciaría del Soto del Real, fue inaugurada en 1995, por lo que no es uno de los nuevos Centros Tipo, pero sí presenta una gran división de sus instalaciones para la consecución de una buena organización de los reclusos y sus actividades. Está constituido por un total de 17 módulos. Los módulos 1 a 14 son de vigilancia ordinaria, organizados de manera estratégica para evitar conflictos y alteraciones en la dinámica del centro. El módulo 15 es de aislamiento, destinado a personas evaluadas como más conflictivas. El módulo 16 es la Enfermería y el módulo 17 está destinado para los ingresos recientes. El módulo 13 está destinado a mujeres, el módulo 14, está destinado al programa “*Proyecto Hombre*” y es el único mixto. La edad media de las personas de esta prisión es alrededor de los 40 años.

Pudimos hablar con dos personas que habían sido consumidoras de drogas. Una de ellas sólo había consumido una sustancia, mientras que la otra, se había iniciado con una y después con el resto para conseguir efectos más intensos en el organismo.

3.2 INTERVENCIONES SANITARIAS

Se eligieron un total de 9 documentos relacionados con las intervenciones que se realizan en los centros penitenciarios para afrontar la problemática de las drogas.

La regulación de la asistencia sanitaria en las prisiones se establece en España en 1979, como responsabilidad de la Administración Penitenciaria, siendo un organismo encargado de dirigir las intervenciones que allí se prestan.⁴¹ La OMS reorganizó la asistencia sanitaria dentro de estas instituciones buscando el respeto de todos los derechos humanos a excepción del de libertad.⁴²

La Recomendación de Madrid del año 2009⁶² considera que los servicios sanitarios ofertados en los centros penitenciarios deben ser una herramienta para abordar las



desigualdades en salud y protegerla de forma integral. Concretamente, para el correcto abordaje de la persona drogodependiente, es necesario trabajar la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Además, la calidad asistencial ha de ser la misma tanto en el interior como en el exterior de las penitenciarías.⁶²

En el estudio prospectivo de cohortes realizado en Escocia, el propio usuario es uno de los indicadores de calidad más relevantes en cuanto a la supervisión de dicha asistencia.⁶⁰

Según el Reglamento Penitenciario, mencionado en el texto de Rodríguez-Martínez A et al.⁵⁰, los programas que se usan en esta asistencia deben ser de carácter psicosocial, para poder mejorar las capacidades de los internos y abordar las circunstancias del pasado influyentes en el consumo de drogas. Además, la Asociación Psiquiátrica Americana, también plasmada en el texto de Rodríguez-Martínez A et al.⁵⁰, establece que los tratamientos psicosociales son esenciales para el abordaje integral de los trastornos que se generan por el consumo de sustancias.

Para realizar ese abordaje integral se desarrollan dos fases: la desintoxicación y la deshabituación. La primera consiste en dejar de consumir progresivamente sin experimentar el síndrome de abstinencia, mientras que la segunda tiene como objetivo mantener de forma permanente la abstinencia que ya se ha conseguido.⁵⁰

En el documento de Márquez I e Iñigo C⁵², se determina a través de una revisión bibliográfica que es necesario la existencia de una motivación real en los pacientes para permitir su entrada al programa, evitando que lo usen para otros beneficios, tales como la obtención de permisos y cumplimientos de penas alternativos. Esta motivación es de gran relevancia según el estudio de Slote Morris Z y Gannon M⁶⁰ para favorecer la eficacia del tratamiento y percibirlo como tal.

Referente a los tipos de programas, en el estudio de Brugal MT⁴¹, se hace mención a **Programas de reducción de daños**. Estos fueron creados principalmente para afrontar la epidemia de las infecciones que hubo en la década de los 70, ya mencionada.^{41, 42} De este modo, su objetivo es hacer frente a las consecuencias derivadas del consumo, pero no al consumo en sí mismo. Se afirma que estos programas han reducido la alta prevalencia de enfermedades relacionadas con la drogadicción y han mejorado su control. Sin embargo, a pesar de presentar resultados eficaces, se muestran criminalizados.⁴¹

L. de la Fuente et al.⁴² realizaron un análisis retrospectivo sobre los primeros programas instaurados tras las epidemias en el consumo de heroína y en la infección del VIH, que



causaron un gran impacto en la morbilidad y mortalidad de los consumidores. Los programas implantados fueron el **TSO**, en 1992 y el **PIJ**, en 1997.

El primero proporcionó una gran cobertura, tanto dentro como fuera de los centros penitenciarios, en aquellos años de mayor necesidad. De este modo, se fue desarrollando hasta alcanzar su máxima cobertura, siendo de un 60%, en el año 2002.⁴²

El segundo, por el contrario, presentó una cobertura máxima de entorno a un 20% debido a que su instauración fue cinco años más tarde que el TSO. Asimismo, se consideraba que podrían generar conductas de riesgo tanto para los otros presos como para los funcionarios, mostrando connotaciones negativas de forma indirecta en esta afirmación.⁴²

A nivel europeo, el documento de Bird SM et al.⁶³ establece que el TSO disminuyen a largo plazo los fallecimientos que se producen a la salida de prisión. Sin embargo, a corto plazo, no se observa ningún efecto entre aquellos que están bajo este tratamiento y los que no. En otro estudio realizado por Favrod-Coune T et al.⁶¹ coincide en que estos programas reducen la mortalidad a la salida de prisión y también el riesgo de transmisión de infecciones por la disminución del consumo IV. Se establece que existen en 77 países en el exterior y en 41 en el interior. Se puede comprobar que existe el doble de resultados en el medio comunitario, lo que impide que los cuidados sean equivalentes en ambos medios.

Según el estudio llevado a cabo en el Establecimiento Penitenciario de Albolote (Granada), se observó que los reclusos que participaban en el **Programa Libre de Drogas**, cuyo objetivo es conseguir la abstinencia de forma permanente, presentaban más apoyo social y, además así lo percibían.⁵⁰ Mientras que el **PMM** que desarrolla medidas menos agresivas, mostraba un menor apoyo social real y percibido.^{42,50}

Haciendo mención a la transición de la cárcel al medio comunitario, para que se lleve a cabo de forma adecuada, consiguiendo una apropiada integración social, es necesario una colaboración entre los servicios sanitarios del centro penitenciario y los del medio exterior.^{41, 52} En el medio interior se realizan mayor número de intervenciones, aunque, en ocasiones, se dificulta su desarrollo porque se prioriza la seguridad y armonía dentro del centro, por el riesgo de que se produzcan situaciones conflictivas.⁵²

En comparativa con Europa, concretamente en Francia existe el “Centro de Cuidados de Asistencia y Prevención de Adicción” (CSAPA) donde se efectúan diversas intervenciones, tanto dentro como fuera del ámbito penitenciario, para favorecer la



continuidad de los cuidados y mantener los logros que se produjesen.⁶³ Dichos cuidados giran en torno a las enfermedades más prevalentes que haya en las prisiones, siendo éstas las mismas que en el territorio español.⁶⁴

El día que fuimos a Soto del Real presenciábamos un control de drogas realizado por un perro policía, tanto a los familiares, que iban ese día de visita, como a los presos de diversos módulos. Esta medida suele hacerse de forma aleatoria y sin aviso previo a ninguno de ellos. Si alguien da positivo en el control, en el caso del familiar, no se le permite entrar al recinto y, además, es sancionado con una multa. En el caso de un interno, se le realizan una serie de preguntas y en el caso de ser necesario, se le registra.

El “*Proyecto hombre*”, desarrollado en el módulo 14, consiste en el abandono de las adicciones con vistas a la salida de la prisión.

Pudimos comprobar que actualmente solo se desarrolla el PMM, dentro del Programa de reducción de daños. Acompañamos a la supervisora de enfermería en el reparto de metadona por los diferentes módulos. Observamos que antes de la administración, los pacientes debían presentarse y enseñar un carné identificativo. Si la información que aportaban era la correcta, se daba la medicación, la cual debía de ingerirse delante del profesional de enfermería y, una vez finalizado, debían volver a hablar de nuevo para corroborar que se habían tomado toda la dosis administrada. También se nos facilitó un consentimiento informado que los pacientes tienen que firmar antes de poder acceder al programa (Anexo 3). Anteriormente, también se encontraban vigentes el PIJ y el Programa de Naltrexona, pero se dejaron de llevar a cabo por los conflictos entre funcionarios y presos y por los efectos fisiológicos negativos que se generaban, respectivamente.

3.3 COMPETENCIAS DE ENFERMERÍA

Se obtuvieron un total de 6 textos en los que se hacía mención a los profesionales, tanto de enfermería, como a nivel general.

Los profesionales sanitarios de las instituciones penitenciarias tienen unos medios más limitados y, además, tratan con personas con unas características especiales, ya que se encuentran privados de su libertad y muchos de ellos presentan patologías mentales, infecciosas y de drogodependencias, como en el caso que se trata en el trabajo. Debido a todo ello, su formación conlleva un complejo desarrollo.⁴⁶



Según el autor Borraz Fernández JR,⁵¹ el papel del profesional de enfermería debe fundamentarse en aplicar cuidados de forma individualizada y establecer una adecuada relación terapéutica para así, conseguir el objetivo final que dicta el RP, la reinserción y reeducación del individuo. En el documento de Márquez I e Iñigo C⁵², de acuerdo con lo anterior, añaden que también es necesario llevar a cabo actividades multidisciplinares y, así, conseguir que los tratamientos sean eficaces y eficientes ofreciendo una respuesta adecuada a las necesidades que se presenten. Slote-Morris y Gannon M⁶⁰, en Escocia, también afirma que el abordaje se ha de basar en las necesidades que presente cada persona.

Se comenta en dos textos la importancia de ampliar los conocimientos y desarrollar actividades de investigación de forma periódica, para ofrecer unos cuidados basados en la excelencia.^{41, 52}

En la revisión narrativa de Sánchez-Roig M y Coll-Cámara A⁴⁶ se dispone que la formación actual de enfermería debe capacitar a los profesionales para valorar, identificar, actuar y evaluar las necesidades de las personas, familias y comunidad. A pesar de esto, no se recibe formación en el Grado para ámbitos específicos, como en este caso, las instituciones penitenciarias. Las competencias pertinentes en este contexto deben abarcar conocimientos referentes a Atención Primaria, Inmigración, Drogodependencias, Salud Mental, Infecciones prevalentes y abordaje de situaciones conflictivas. Las actividades que abarcan cada uno de estos ámbitos se reflejan en la Tabla 11.

Tabla 11. Conocimientos y actividades de las competencias enfermeras.

Atención Primaria (AP)	EpS, salud pública, salud medioambiental
Inmigración	Cultura, valores, enfermedades parasitarias y tropicales.
Drogodependencia	Desestructuración de la personalidad, de la red social, adhesión al tratamiento
Salud Mental	Psicofarmacología, adhesión al tratamiento
Infecciones	VIH, VHB, VHC, TBC
Manejo situaciones agresivas	Abordaje conflictividad

Fuente: Elaboración propia.⁴⁶



De forma holística, también se deben desarrollar intervenciones para evitar situaciones de marginación y discriminación.⁴⁶

En definitiva, este profesional debe tener conocimientos sobre Atención Primaria de forma general y, concretamente, sobre el abordaje de estas situaciones específicas.⁴⁶

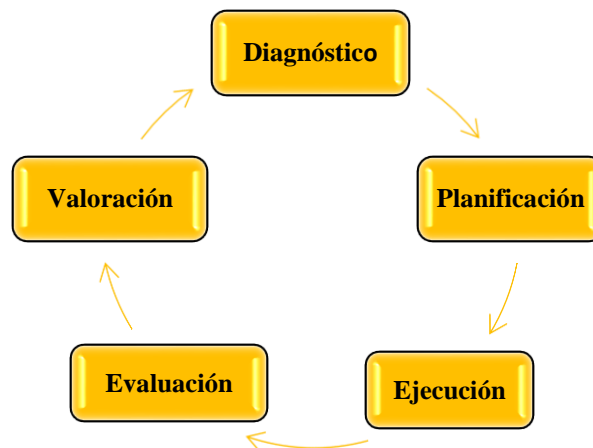
EEUU y España son los únicos países que ofertan formación específica para la enfermería en prisiones; EEUU desde 1991 y España desde 2013, habiendo finalizado previamente el Grado.⁴⁶

Estas competencias deberían desarrollarse en las penitenciarías a través del PAE o PE, aceptado en España desde 1967. Este proceso manifiesta cómo debe organizarse enfermería para la adecuada aplicación de los cuidados.⁴⁸

El PAE está constituido por 5 partes que siguen un proceso cíclico: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.⁴⁸

Las diferentes etapas se fundamentan en el juicio clínico que tienen interiorizado estos profesionales⁴⁸ y quedan plasmadas en la Ilustración 5.

Ilustración 5. Etapas en las que se divide el PAE.



Fuente: Elaboración propia.⁴⁸

Martínez- Delgado MM⁴⁸ propone la creación de un Plan de Cuidados Estandarizado (PCE) dentro de las penitenciarías para dar una respuesta adecuada a las necesidades específicas que presenta el colectivo de estos establecimientos, ya explicadas, y conseguir visibilizar la profesión.



En este estudio, realizado en una cárcel de Soria en el año 2011, se detectaron como diagnósticos enfermeros más frecuentes el “Riesgo de intoxicación” y el “Deterioro de la dentición”.⁴⁸

Sin embargo, uno de los principales problemas que se observa en la aplicación de este proceso, es que en cada centro se trabaja de una manera propia según el criterio que se tenga establecido.⁴⁸

Los programas informáticos que existen, presentan carencias para plasmar la labor independiente de enfermería, haciendo referencia solamente a la colaboración con otros profesionales.⁴⁸

Para finalizar, en Soto del Real, tuvimos la posibilidad de acceder al módulo 16, la Enfermería. Su estructura se divide en cuatro partes: psiquiatría, aislamiento, orgánicos y zona de mujeres. Las habitaciones son compartidas estableciendo un rango de entre 2 a 7 pacientes, organizados en función del tipo de patología que presentasen. Además, las diferentes habitaciones cuentan con un 1 o 2 internos de apoyo, cuya función se fundamenta en vigilar y pedir ayuda ante cualquier incidencia que se produzca en las habitaciones. Asimismo, existe contacto con el hospital Gregorio Marañón para atender situaciones más complejas o acudir a tratamientos específicos. Los ingresos son valorados y aceptados por el profesional de medicina y enfermería.

Las funciones de enfermería en este centro se centran principalmente en la cura de heridas, control de las constantes vitales, el pase de visita/consulta con el profesional de medicina, en el que se evalúa el estado general de la persona, y el control de la medicación de la que destaca la metadona, para cuyo acceso es necesario que el individuo firme un contrato que le permita entrar en el PMM (Anexo 3).



4. DISCUSIÓN:

A lo largo de la realización del trabajo se han podido advertir diversas objeciones que completan en análisis de la información encontrada para el presente trabajo.

La actividad independiente de enfermería en prisiones, solo se refleja en el documento de Sánchez-Roig M y Coll Cámara A⁴⁶, mencionando las competencias que debe prestar en estos ámbitos. Es en 2 textos más en los que se hace mención a dicha actividad, pero en esta ocasión, de forma superficial. Mencionan que los cuidados han de ser individualizados y que faciliten una armoniosa relación terapéutica, y que el PAE es esencial para la correcta aplicación de los cuidados.^{48,51} En este mismo documento se plasma la necesidad de crear un PCE para el colectivo penitenciario, ya que presentan unas características específicas de salud,⁴⁸ datos que han sido corroborados con el resto de literatura encontrada. De modo que se considera una propuesta a tener en cuenta para que esta población reciba el tratamiento específico que requieren sus necesidades.

Únicamente en 3 textos se habla de los profesionales y se realiza a modo general, sin hacer mención de forma concreta a Enfermería. En dichos textos se explica que el abordaje debe hacerse de forma multidisciplinar, adaptándose a las necesidades de cada momento y que es necesario ampliar los conocimientos de forma periódica.^{41, 52, 60} Debido a ello, hemos tenido dificultades para conocer de forma completa la actividad enfermera que se desarrolla en las instituciones carcelarias, el alcance que presenta hacia las personas drogodependientes y los resultados que se obtienen a partir de ella.

Asimismo, y, haciendo referencia a la drogodependencia, no se menciona la labor enfermera en este ámbito, únicamente se explican las intervenciones llevadas a cabo por todo el equipo de forma general.^{41,42,46,50,52,60-64} Tampoco se hace una clasificación de todas las actividades a realizar en la persona drogodependiente, la cual sería necesaria, puesto que se han de trabajar diversos aspectos del individuo de manera holística y global, como son las relaciones sociales que mantenía en el exterior y que mantiene con el resto de personas de la cárcel, tanto con los presos como con los funcionarios, los motivos del consumo o los problemas físicos y/o psicológicos que tengan lugar a lo largo del ingreso, entre otros.^{44,46}

En relación con los programas, tampoco se ha encontrado literatura en completo desarrollo mostrando su clasificación, función y evolución desde que se establecieron. Se consiguieron un total de nueve textos donde existe información referente a los programas,



mayoritariamente a aquellos de Reducción de Daños.^{41,42,50,52,60-64} De los cuales, únicamente han sido tres los que han proporcionado una información más amplia sobre los programas: un documento que hace referencia al Programa de Reducción de Daños, otro que compara la cobertura que ofrecieron dos programas de este tipo a partir de la epidemia de heroína y VIH en la década de los años 70 en España, y el tercero, que realiza una comparativa entre el programa Libre de Drogas y el de Reducción de Daños.^{41,42,50}

En relación al análisis realizado de las características de la población consumidora de sustancias, tanto dentro como fuera de la cárcel, se destaca la diferenciación del consumo entre españoles y extranjeros.^{43,44,48} Sin embargo, consideramos que esto no debería haberse realizado puesto que como personal sanitario no debemos hacer distinciones entre unas personas y otras por sus orígenes, sino por sus valores y culturas, las cuales pueden variar entre población de un mismo país.

Cabe destacar la ausencia de investigación sobre cuáles son los fenómenos que motivan al consumo actualmente, debido a que el ocio parece ser la nueva causa de consumo de aquellos que ingresan por primera vez en la cárcel,⁴⁴ pero no la de los individuos que reingresan o que ya llevan varios años en prisión. De modo que consideramos necesario el conocimiento de los motivos que llevaron a estas personas a iniciar el consumo y continuar con él durante y tras el periodo en la prisión.

Finalmente, se ha observado que no hay muchas objetivaciones sobre cómo se desarrolla el proceso de socialización a la salida de la cárcel y cuáles son las intervenciones para el tratamiento del individuo y la sociedad. De este modo sería necesario conocer si las actividades llevadas a cabo por los distintos profesionales y, concretamente las intervenciones realizadas por enfermería, están obteniendo los resultados referentes al objetivo final del Reglamento Penitenciario.

4.1 LIMITACIONES

La intencionalidad personal de este trabajo es la ampliación del conocimiento sobre los diferentes escenarios en los que la enfermería tiene unas competencias que desarrollar. La prisión era uno de los escenarios de los que menos información conocíamos y más interesante nos parecía. Debido a dicho desconocimiento, se han presentado diversas limitaciones durante el desarrollo del presente trabajo.

En primer lugar, los contextos, así como las funciones de los profesionales enfermeros, estudiados a lo largo de la carrera eran muy diferentes a la temática penitenciaria. Esto



supuso una gran dificultad a la hora de concretar el tema y en la elaboración correcta de la *Introducción* y la *Metodología*, para poder contextualizar de una forma adecuada y plasmar la información apropiada en los *Resultados* en relación con la drogadicción.

Debido a ello, fue preciso realizar dos búsquedas bibliográficas. En la primera, se obtuvieron una cantidad extensa de artículos, por lo que se decidió realizar una segunda búsqueda que nos permitiese acceder a la información con mayor precisión. Se eligió incorporar búsquedas cruzadas derivadas de los estudios disponibles en la fase inicial.

En segundo lugar, para conseguir una buena calidad de los artículos fue necesario utilizar la herramienta de análisis de estudios cualitativos CASPe, que ha permitido descartar aquellos documentos clasificados de calidad baja y seleccionar los clasificados dentro de un nivel de calidad bueno o muy bueno.

Por otra parte, a pesar de que consideremos que nuestra implicación ha sido perseverante y comprometida para desarrollar este trabajo fin de grado, hemos tenido dificultades en la elaboración del mismo dada nuestra inexperiencia en la realización de una revisión narrativa.

Finalmente, partiendo de los limitados conocimientos en el manejo de las diferentes bases de datos en Ciencias de la Salud, se decidió recurrir a profesionales expertos para encontrar la documentación pertinente en el desarrollo de nuestra revisión narrativa.

Todo ello, ha generado contratiempos que nos han impedido avanzar al ritmo que nos hubiese gustado.



4.2 FORTALEZAS

Debido a que el presente trabajo se ha centrado en España y, únicamente, se ha usado Europa a nivel comparativo, la mayoría de los documentos recopilados fueron en idioma castellano. Por lo que extraer los datos pertinentes fue más fácil y rápido.

También, se observó que la mayoría de los documentos seleccionados se desarrollaron en años cercanos al presente 2017, por lo que la información proporcionada en esta revisión narrativa es de carácter actual.

Del mismo modo que nuestro desconocimiento en el manejo de las bases de datos supuso una limitación en la continuidad del trabajo, la ayuda proporcionada por los profesionales expertos en esta temática permitió continuar la revisión de forma correcta.

Para terminar, el hecho de poder haber ido al Centro Penitenciario Madrid V, Soto del Real, nos permitió observar y contextualizar en primera persona como es la realidad de estos lugares y las situaciones que allí se desarrollan en relación con el personal sanitario, ampliando así los escasos conocimientos que mostrábamos en un principio y facilitando el adecuado desarrollo de la presente revisión narrativa.

4.3 RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

A continuación, se exponen varias propuestas con el fin de mejorar la práctica asistencial dirigida a los cuidados en la población reclusa.

Para comenzar, hemos sopesado la idea de elaborar un protocolo de cuidados enfermeros para cada uno de los programas impartidos en las penitenciarías en relación a la drogodependencia. Esto favorecería la concordia en la aplicación de los cuidados facilitando el trabajo de los profesionales de enfermería.

Asimismo, es fundamental que exista comunicación entre el sistema sanitario del medio comunitario y de las prisiones. Para ello, sería necesario la creación de un programa informático que permitiese la coordinación entre ambas estancias, y de este modo, se asegurara el adecuado destino de la información proporcionada y su fácil y rápida comprensión, sin la necesidad de realizar llamadas telefónicas ni esperar un fax de confirmación. De igual forma, se debería realizar un informe de alta de enfermería en el que se proporcionaran las actividades referentes al cuidado y tratamiento de las diferentes patologías y problemáticas de la persona, desde una perspectiva holística. Estas indicaciones permitirían la adecuada continuidad en los cuidados y, así, la consecución de una solución estable para la drogadicción del individuo.



4.4 LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Existe una investigación escasa y poco concluyente acerca del cuidado enfermero en personas drogodependientes privadas de libertad. Se propone la realización de estudios orientados a profundizar la dimensión competencial de estos profesionales en este ámbito, además de explorar los resultados que se están obteniendo a partir de las intervenciones llevadas a cabo en la actualidad. Esto permitiría observar limitaciones y dificultades que impidieran el adecuado cuidado de las drogadicciones junto con el resto de problemáticas, para poder solventarlas, y realizar un cuidado enfermero más evolucionado y amplio en los trastornos de drogadicción.

Para que los cuidados de enfermería orientados al abuso de drogas estén correctamente dirigidos y efectuados en las penitenciarías, se debe conocer el motivo de consumo de cada uno de los reclusos. Para ello, sería recomendable la realización de una investigación de carácter cualitativo que informase de ello, y poder, así, comenzar a desarrollar cuidados mucho más individualizados.

La enfermería en prisiones tiene que tener conocimientos a nivel general, pero también otros más específicos que se relacionen con las características de la población penitenciaria. Es por esto que sería conveniente formar a estos profesionales en el cuidado de las personas drogodependientes en el medio penitenciario y promover ese objetivo fundamental de reinserción y reeducación.

En referencia a los profesionales que se encuentran en centros comunitarios y que continúan con el tratamiento para aquellos drogodependientes que han finalizado su periodo de internamiento, no se plasma en la bibliografía el conocimiento que presentan sobre esta problemática y las actividades realizadas dentro de estas instituciones. Por ello, se debería realizar una investigación cualitativa sobre dicha cognición y las características de las connotaciones que acompañan a esta temática.

Con el fin de asegurar que esta información es conocida, también se propone mostrar este presente trabajo a la comunidad científica y exponer la realidad de las drogadicciones en las penitenciarías.

Se podría comenzar el desarrollo de esta temática, por un lado, a través Cursos de corta duración de Aprendizaje y Servicio en la Comunidad y, así, continuar avanzando en ellos. Por otro lado, también cabría la posibilidad de impartir Cursos de Formación Continuada



en los centros penitenciarios para ampliar los conocimientos de los profesionales en estas instituciones, en función de las necesidades que la población requiera en cada momento.

En definitiva, es preciso continuar investigando sobre esta materia, con la finalidad de mejorar el apoyo de este colectivo y conseguir ofrecer los cuidados que realmente necesitan.



5 CONCLUSIONES:

Primeramente, cabe destacar que la bibliografía referente a las características de la persona drogodependiente y en centros penitenciarios, ha sido mucho más numerosa que aquella relacionada con las intervenciones y las competencias de enfermería.

A través de dicha bibliografía y teniendo como guía los objetivos propuestos, se han obtenido las siguientes conclusiones:

1. El perfil de la persona drogodependiente ha experimentado cambios desde las epidemias de heroína y VIH vividos tras la implantación de la democracia en el territorio español.
2. En la actualidad, la droga más consumida es el cannabis. Los factores de riesgo están empezando a relacionarse más con actividades de ocio, aunque también siguen presentes las características desfavorables (pobreza, desempleo, ausencia de núcleo familiar). Las patologías más prevalentes en las prisiones son principalmente las mentales, las infecciosas, las drogodependencias y, debido al envejecimiento de este colectivo, las crónicas.
3. La sociedad experimenta cambios constantes y, es por ello, que los profesionales y sus intervenciones se deben adaptar a las necesidades que los reclusos drogodependientes presenten en cada momento, desde una perspectiva multidisciplinar y buscando una verdadera motivación del individuo para afrontar su problemática. Por ello, debe haber también mayor visibilidad del trabajo realizado por todos los profesionales de la salud en estas instituciones.
4. La labor de enfermería penitenciaria en este ámbito es un pilar fundamental para la reinserción y reeducación de la persona, objetivos finales de las instituciones penitenciarias. Es necesario su visibilización y el desarrollo de su profesión en el colectivo drogodependiente. Se debe fomentar su rol independiente, además del trabajo en equipo y definir cuáles son las competencias que determinan su trabajo en las prisiones.
5. Asimismo, es conveniente la implantación y aplicación de los distintos programas existentes en la actualidad y la combinación de los mismos, para conseguir la excelencia en el cuidado. Se deben seguir trabajando las políticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, disminuyendo todo lo posible la aparición de nuevos casos de consumo.



6. Las diversas normativas que controlan los centros penitenciarios deben salvaguardar los derechos humanos, a excepción de la libertad. Para la adecuada vida dentro de la prisión, se debe trabajar el proceso de adaptación desde el ingreso y, asimismo, facilitar el tiempo de estancia, disminuyendo la aparición de diversas situaciones desfavorables, como el inicio o continuación del consumo.

7. A nivel europeo, se ha obtenido información similar a la del territorio español, pudiendo pensar que la situación entre ambas no difiere en gran medida.



AGRADECIMIENTOS:

Para finalizar este Trabajo de Fin de Grado en Enfermería, nos gustaría mostrar nuestro agradecimiento, en primera instancia al personal empleado de la biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid. Pues gracias a la organización de tutorías enfocadas a la realización de las diferentes búsquedas bibliográficas para la elaboración de trabajos Fin de Grado, hemos podido profundizar sobre el área de interés de la presente revisión, mayoritariamente en bases de datos de Ciencias de la Salud. Nos gustaría hacer especial mención a Candelas Gil por su dedicación y ayuda en este aspecto, sin la cual en algunas ocasiones hubiera sido muy complicado el progreso de nuestro trabajo.

En segundo lugar, todo el personal del Centro Penitenciario Madrid V, Soto del Real, destacando la ayuda de Miguel Sánchez Pérez, nos permitió y facilitó la observación privilegiada de los hábitos y convivencias desarrolladas en estas instalaciones. Gracias a ellos hemos podido conocer cuáles son las intervenciones que se desarrollan con las personas drogodependientes en estos lugares y contrastarla con la literatura encontrada. Tuvimos la oportunidad de hablar con dos personas ex consumidoras, lo que nos permitió expandir más nuestros conocimientos acerca de lo que experimenta alguien cuando consume y las consecuencias que le puede suponer en su ámbito biopsicosocial.

También nos gustaría mencionar a nuestras familias, por todo el apoyo, ayuda y comprensión recibida durante los meses de elaboración de nuestro Trabajo Fin de Grado y durante los años anteriores, en nuestro proceso de formación como profesionales de Enfermería.

Finalmente, hemos de agradecer su esfuerzo, su dedicación y su entereza a nuestra tutora, Asunción García González, quien ha hecho posible que este trabajo se haya convertido en realidad y nos ha permitido crecer como personas durante estos últimos meses.



BIBLIOGRAFÍA:

1. Diccionario de la lengua española. [Internet] 23ª ed. 2017. [actualizado 2017; consultado 27 feb 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/>
2. Aguilera M. Adicciones que matan. Rev Crítica. 2010;(967):50-54.
3. World Health Organization. Glosario de términos de alcohol y drogas. [Internet]. Madrid: Ministerio de sanidad y consumo de España, 1998. Disponible en: <https://goo.gl/37QXJG>
4. E Fernández-Espejo. Bases neurobiológicas de la drogadicción. Rev Neurol. 2002;34(7):659-6451. Rodríguez-Martínez A; Ruiz-Rodríguez F; Antón-Basanta JJ; Herrera-Jáimez J; Máiquez-Pérez A; Ottaviano-Castillo A. ¿Tienen apoyo social los reclusos drogodependientes? Estudio en una prisión andaluza. Rev Esp Sanid Penit. 2010 12(1):12-18.
5. Bobes J, Casas M, Gutiérrez M. (Eds) Manual de Trastornos Adictivos. 2ª ed. [Internet] Madrid: Enfoque Editorial, S.C.; 2011. Disponible en: <https://goo.gl/HMbmNG>
6. CIE-10: Clasificación estadística internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. 10ª ed rev. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1995. 3 vols.
7. Arango López C. DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ª ed. Buenos Aires, [etc]: Editorial Médica Panamericana; 2014. 947 p.
8. Enciclopedia jurídica. [Internet] c2014. [actualizado 2014; consultado 8 mar 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/z3uA6C>
9. Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario. Boletín Oficial del Estado, nº 40, (26-03-2011).
10. Ministerio del Interior. Secretaría general de instituciones penitenciarias. [Internet] c2015 [actualizado 2015; consultado 05 mar 2017]. Normativa penitenciaria; [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <https://goo.gl/2pvSfF>
11. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, nº 311. (29-12-1978).
12. Ley orgánica general penitenciaria. Boletín Oficial del Estado, nº 239, (05-10-1979).
13. Real Decreto 840/2011 por el que se establecen las circunstancias de ejecución de las penas de trabajo en beneficio de la comunidad y de localización permanente



- en centro penitenciario, de determinadas medidas de seguridad, así como de la suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad y sustitución de penas. Boletín Oficial del Estado, nº 145, (18-06-2011).
14. Carrasco-Baún H. Enfermería penitenciaria: Marco legal y realidad asistencial. Rev Esp Sanid Penit. 2017;19(1):3-13.
 15. Villanueva CE. Sanidad penitenciaria: Una visión desde fuera. Rev Esp Sanid Penit. 2010;12(1):9-12.
 16. Ministerio del Interior. Secretaría general de instituciones penitenciarias. [Internet] c2015 [actualizado 2015; consultado 06 mar 2017]. Enfermeros Interinos; [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <https://goo.gl/eePzk6>
 17. Orden INT/1904/2015, de 10 de septiembre, por la que se convocan pruebas selectivas para ingreso, por el sistema general de acceso libre, en el Cuerpo de Enfermeros de Instituciones Penitenciarias. Boletín Oficial del Estado, nº 226, (21-09-2015).
 18. Zulaika D, Etxeandia P, Bengoa A, Caminos J, Arroyo-Cobo JM. Un nuevo modelo asistencial penitenciario: La experiencia del País Vasco. Rev Esp Sanid Penit. 2012;14(3):91-98.
 19. Leiva-Tapia J. La Sanidad en los presidios del Reino. Real Ordenanza General de presidios de 1834. Rev Esp Sanid Penit. 2015;17:75-81.
 20. Consejo económico y social. Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos. Madrid: Ministerio de interior. [Internet]. c2016. [actualizado 13 may 1977; consultado 24 feb 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/wwkAVN>
 21. Protocolo de intervención enfermería en los Centros de Atención a las Drogodependencias. [Internet]. Madrid: Instituto de adicciones de la ciudad de Madrid; 2015. Disponible en: <https://goo.gl/KSYfTI>
 22. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación. Plan Nacional sobre Drogas. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 1997. 141 p.
 23. Estrategia nacional sobre drogas 2009-2016. [Internet]. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2009. Disponible en: <https://goo.gl/kf0o3S>



24. Silva A. Propuestas en los diferentes ámbitos de intervención. En: Silva A. La evaluación de programas en drogodependencias. Vol II. Manual de Evaluación. Madrid: Grupo Interdisciplinar sobre Drogas; 1994. p. 101-130.
25. UNODC United Nations Office on Drugs and Crime. [Internet]. c2017 [actualizado 2017; consultado 18 feb 2017]. UNODC Drogas: marco legal; [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <https://goo.gl/fSifa4>
26. Vera-Remartínez EJ, Borraz-Fernández JR, Domínguez-Zamorano JA, Mora-Parra LM, Casado-Hoces SV, González-Gómez JA, et al. Prevalencia de patologías crónicas y factores de riesgo en población penitenciaria española. Rev Esp Sanid Penit. 2014;16(2):38-47.
27. Unidad de Sistemas de Información y Documentación. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta sobre salud y consumo de drogas en internados en instituciones penitenciarias en España ESDIP 2011. [Internet] España: Plan Nacional sobre Drogas. Datos y Estadísticas; 2011 [consultado 15 mar 2017] Disponible en: <https://goo.gl/OofOPo>
28. Cabrera PJ. Cárcel y Drogas. Rev Crítica. 2010;(967):50-54.
29. Ley Orgánica 10/1995, de 23 noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado, nº 281, (31-03-2015)
30. Francés LP. Drogas y Derecho penal. Consecuencias jurídicas del consumo de drogas en España, hoy. Rev Crítica. 2010;(967):50-54.
31. Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana. Boletín Oficial del Estado, nº 77, (31-03-2015)
32. Observatorio español de la droga y las toxicomanías. Informe 2015. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Centro de publicaciones; 2015. Disponible en: <https://goo.gl/IYJ3Og>
33. Charro B. La adicción en el ser humano. Rev Crítica. 2010;(967):50-54. Segovia BJL. El consumo compulsivo “de todo” y el abuso de drogas. Rev Crítica. 2010;(967):50-54.
34. Lledó Sainz MM, Manzanos Bilbao C, Álvarez Lledó M. Enfermedad mental y drogas en prisión. Cuad Psiquiatr Comunitaria. 2014;12(1):27-35.
35. Godoi R. Para una reflexión sobre los efectos sociales del encarcelamiento. Rev Bras Seg Pub. 2011;(8):138-155.



36. Pérez-Lozao Gallego M, Arenas Carbellido C (Coord) Intervención sobre drogas en Centros Penitenciarios: Actuar es posible. [Internet] Madrid: Ministerio de sanidad y consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 2006. Disponible en: <https://goo.gl/2sdOv4>
37. Instrucción 3/2011. Plan de Intervención General en Materia de Drogas en la Institución Penitenciaria. Ministerio del Interior. (2 Mar 2011).
38. Hernández-Agudo I, Gil A, Delgado M, Bolúmar F, Benavides FG, Porta M. et al. Manual de Epidemiología y Salud Pública para grados en ciencias de la salud. 2ª ed. Buenos Aires, [etc]: Editorial médica panamericana; 2011. 370 p.
39. Ministerio del interior. Cartera de Servicios de la Sanidad Penitenciaria. [Internet]. Madrid: Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Coordinación General de Sanidad Penitenciaria, 2010. Disponible en: <https://goo.gl/5doZK5>
40. Aveyard H. Doing a literatura review in health and social care: A practical guide. 3ª ed. Berkshire: McGraw-Hill Education; 2014. 190 p.
41. Brugal MT. El papel de la Sanidad Penitenciaria en la prevención y tratamiento del consumo de drogas ilegales. [Editorial] Rev Esp Sanid Penit. 2012;14(1):1-2.
42. De la Fuente L, Bravo MJ, Jiménez- Mejías E, Sordo L, Pulido J, Barrio G. Evolución de la necesidad y cobertura de los programas de tratamiento con sustitutivos de opioides e intercambio de jeringas en las prisiones españolas, 1992-2009. Rev Esp Sanid Penit. 2012;14(2):67-77.
43. Rubio Arribas FJ. Aspectos psicosociológicos de las “personas encarceladas y/o excarceladas” Rev Crit Cien Soc y Jurid. 2013;37(1).
44. Rincón-Moreno S, Vera-Remartínez E, García-Guerrero J, Planelles Ramos MV. Consumo de drogas al ingreso en prisión: comparación entre población española y extranjera. Rev Esp Sanid Penit. 2008;10(2):41-48.
45. Arroyo JM, Ortega E. Los trastornos de personalidad en reclusos como factor de distorsión del clima social de la prisión. Rev Esp Sanid Penit. 2009;11(1):11-15.
46. Sánchez-Roig M, Coll-Cámara A. Prison nursing and its training. Rev Esp Sanid Penit. 2016;18(3):110-118.
47. Narkauskaite L, Juozulynas A, Mackiewicz Z, Surkiene G, Prapiestis J. The prevalence of psychotropic substance use and its influencing factors in Lithuanian penitentiaries. Med Sci Monit. 2007;13(3):131-135.



48. Martínez-Delgado MM. Estandarización de los cuidados de enfermería en los pacientes ingresados en un centro penitenciario. *Rev Esp Sanid Penit.* 2014;16(1):11-19.
49. Berg Nasset M, Rustad AB, Kjelsberg E, Almvik R, Håkon BJ. Health care seeking behaviour among prisoners in Norway. *BMC Health Serv Res.* 2011;11:301.
50. Rodríguez-Martínez A; Ruiz-Rodríguez F; Antón-Basanta JJ; Herrera-Jáimez J; Máiquez-Pérez A; Ottaviano-Castillo A. ¿Tienen apoyo social los reclusos drogodependientes? Estudio en una prisión andaluza. *Rev Esp Sanid Penit.* 2010 12(1):12-18.
51. Borraz Fernández JR. En el laberinto de las drogas. *Drogas y cárcel y Manuel.* Nuberos Científica. 2016;3(20):22-25.
52. Markez I, Iñigo C. (Coord) Guía. Atención y tratamiento en prisión por el uso de drogas. [Internet]. Bilbao: OMEditorial; 2012. Disponible en: <https://goo.gl/C0D5zE>
53. Kolind T. Drugs and discretionary power in prisons: the officer's perspective. *Int J Drug Policy.* 2015;26(9):799-807.
54. Caravaca-Sánchez F, Sánchez-Alcaraz MC, Osuna E, Falcón RM, Luna A. Implicaciones del consumo de sustancias psicoactivas sobre la salud de hombres privados de la libertad. *Gac Sanit.* 2015;29(4):292-295.
55. Rodríguez-Díaz FJ, Bringas-Molleda C, Moral-Jiménez MV, Pérez-Sánchez B, Ovejero-Bernal A. Relationship between psychoactive substance use and family maltreatment: a prison population analysis. 2013;29(2):360-367.
56. Esbec E, Echeburúa E. Abuso de drogas y delincuencia: Consideraciones para una valoración forense integral. *Adicciones.* 2016;28(1).
57. Caravaca-Sánchez F, Falcón RM, Luna A. Prevalence and predictors of psychoactive substance use among men in prisons. *Gac Sanit.* 2015;29(5):358-363.
58. Moschetti K, Stadelmann P, Wangmo T, Holly A, Bodenmann P, Wasserfallen JB, et al. Disease profiles of detainees in the Canton of Vaud in Switzerland: gender and age differences in substance abuse, mental health and chronic health conditions. *BMC Public Helth.* 2015;15(1)872-883.



59. Abad- Pérez I, Carbonell-Franco E, Navarro-García D, Roig-Sena FJ, Salazar A. Evolution of the main diagnoses of hospital discharges amongst the prison population in Valencia, 2000-2009. *Rev Esp Sanid Penit.* 2011;13:38-43
60. Stole MZ, Gannon M. Drug misuse treatment services in scotland: predicting outcomes. *Int J Qual Health Care.* 2008;20(4):271-276.
61. Favrod-Coune T, Baroudi M, Casillas A, Rieder JP, Gétaz L, Barro J, et al. Opioid substitution treatment in pretrial prison detention: a case study from Geneva, Switzerland. [Internet] *Swiss Med Wkly.* 2013 Nov 1;143:w13898. Disponible en: <https://goo.gl/nwVoOt>
62. La Recomendación de Madrid: La protección de la salud en las prisiones como parte esencial de la salud pública. *Rev Esp Sanid Penit.* 2010;12(2):58-59.
63. Bird SM, Fischbacher CM, Graham L, Fraser A. Impact of opioid substitution therapy for Scotland's prisoners on drug-related deaths soon after prisoner release. *Addiction.* 2015;110(10):1617-1624.
64. Jacomet C, Guyot-Lénat A, Bonny C, Henquell C, Rude M, Dydymski S, et al. Addressing the challenges of chronic viral infections and addiction in prisons: the PRODEPIST study. *Eur J Public Health.* 2016;26(1):122-128.



ANEXOS:

Anexo 1:

CIE-10: Clasificación de trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas.⁶

Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas (F10–F19)

Este grupo incluye una gran diversidad de trastornos, de diferente gravedad y formas clínicas, pero todos atribuibles al uso de una o más sustancias psicoactivas, las cuales pueden o no haber sido prescritas por el médico. La sustancia en cuestión se indica por medio del tercer carácter, mientras los códigos del cuarto carácter especifican el cuadro clínico. Los códigos deben usarse para cada sustancia especificada, según sea necesario, pero debe notarse que no todos los códigos de cuarto carácter son aplicables a todas las sustancias.

La identificación de la sustancia psicoactiva debe basarse en la mayor cantidad posible de fuentes de información. Estas incluyen el informe del paciente, análisis de la sangre y otros líquidos corporales, síntomas característicos físicos y psicológicos, signos clínicos y del comportamiento y otra evidencia, tal como la droga que posee el paciente, o declaraciones de terceras personas bien



informadas. Muchas personas que utilizan drogas toman más de una sustancia psicoactiva. El diagnóstico principal debería clasificarse, siempre que sea posible, de acuerdo con la sustancia o grupo de sustancias que ha causado o ha contribuido más al síndrome clínico que se presenta. Los otros diagnósticos deben codificarse cuando se han tomado otras drogas en cantidades tóxicas (cuarto carácter común .0) o en cantidades suficientes para causar daño (cuarto carácter común .1), dependencia (cuarto carácter común .2) u otros trastornos (cuarto carácter común .3–.9).

Sólo debe usarse el código de diagnóstico de trastornos resultantes del uso de múltiples drogas (F19.–) en los casos en los que los patrones de uso de drogas psicoactivas son caóticos e indiscriminados, o en los que las contribuciones de diferentes drogas psicoactivas están mezcladas inseparablemente.

Excluye: abuso de sustancias que no producen dependencia (F55)

Las siguientes subdivisiones de cuarto carácter son para ser usadas con las categorías F10–F19:

.0 Intoxicación aguda

Estado posterior a la administración de una sustancia psicoactiva, que da lugar a perturbaciones en el nivel de conciencia, en lo cognitivo, en la percepción, en la afectividad o en el comportamiento, o en otras funciones y respuestas psicofisiológicas. Las perturbaciones se relacionan directamente con los efectos farmacológicos agudos de la sustancia, y se resuelven con el tiempo, con recuperación completa, excepto en los casos en los que hayan surgido daños tisulares u otras complicaciones. Entre las complicaciones pueden contarse los traumatismos, la aspiración del vómito, el delirio, el coma, las convulsiones y otras complicaciones médicas. La naturaleza de estas complicaciones depende del tipo farmacológico de la sustancia utilizada y de la forma de administración.

Embriaguez aguda en el alcoholismo

Embriaguez SAI

Intoxicación patológica

“Mal viaje” (drogas)

Trance y posesión en la intoxicación por sustancia psicoactiva

.1 Uso nocivo

Patrón de consumo de una sustancia psicoactiva que causa daño a la salud. El daño puede ser físico (como en los casos de hepatitis por la autoadministración de sustancias psicoactivas inyectables), o mental (por ejemplo, en los episodios de trastorno depresivo secundario a una ingestión masiva de alcohol).

Abuso de sustancia psicoactiva

.2 Síndrome de dependencia

Conjunto de fenómenos del comportamiento, cognitivos y fisiológicos, que se desarrollan luego del consumo repetido de la sustancia en cuestión, entre los cuales se cuentan característicamente los siguientes: un poderoso deseo de tomar la droga, un deterioro de la capacidad para autocontrolar el consumo de la misma, la persistencia del uso a pesar de consecuencias dañinas, una asignación de mayor prioridad a la utilización de la droga que a otras actividades y obligaciones, un aumento de la tolerancia a la droga y, a veces, un estado de abstinencia por dependencia física. Puede haber síndromes de dependencia de una sustancia específica psicoactiva (por ejemplo tabaco, alcohol o diazepam), de una clase de



sustancia (por ejemplo drogas opioides), o de una variedad más amplia de sustancias psicoactivas farmacológicamente diferentes.

Alcoholismo crónico

Dipsomanía

Drogadicción

.3 Estado de abstinencia

Grupo de síntomas de gravedad y grado de integración variables, que aparecen durante la abstinencia absoluta o relativa de una sustancia psicoactiva, luego de una fase de utilización permanente de la misma. El comienzo y la evolución del estado de abstinencia son de duración limitada y se relacionan con el tipo y con la dosis de la sustancia psicoactiva utilizada inmediatamente antes de la suspensión o de la disminución de su consumo. El estado de abstinencia puede complicarse con convulsiones.

.4 Estado de abstinencia con delirio

Afección en la que el estado de abstinencia definido en el cuarto carácter común .3 se complica con delirio según los criterios en F05. También se pueden presentar convulsiones. Cuando se considera que los factores orgánicos desempeñan también un papel en la etiología, la afección deberá clasificarse en F05.8.

Delirium tremens (inducido por el alcohol)

.5 Trastorno psicótico

Conglomerado de fenómenos psicóticos que ocurren durante o después del consumo de la sustancia psicoactiva, pero que no se explican en función de una intoxicación aguda pura y que no forman parte de un estado de abstinencia. El trastorno se caracteriza por alucinaciones (auditivas, en forma característica, pero a menudo con más de una modalidad sensorial), por distorsiones perceptivas, por delirios (a menudo de naturaleza paranoide o persecutoria), por perturbaciones psicomotrices (excitación o estupor) y por una afectividad anormal, que puede variar desde el temor intenso hasta el éxtasis. Habitualmente el sensorio se mantiene lúcido, pero puede haber cierto grado de obnubilación de la conciencia que no llega a la confusión grave.

Alucinosis	}	alcohólica
Celotipia		
Paranoia		
Psicosis SAI		

Excluye: trastorno psicótico residual y de comienzo tardío inducido por el alcohol u otras sustancias psicoactivas (F10-F19 con cuarto carácter común .7)

.6 Síndrome amnésico

Síndrome asociado con un deterioro crónico relevante de la memoria reciente y de la memoria remota. Habitualmente se conserva el recuerdo inmediato y la memoria reciente está característicamente más perturbada que la memoria remota. Por lo común son evidentes las perturbaciones del sentido del tiempo y de ordenamiento de los sucesos, como lo es también el deterioro de la capacidad de aprendizaje de nuevos materiales. La confabulación puede ser notoria, aunque no siempre aparece. Habitualmente, las demás funciones cognitivas se encuentran relativamente bien conservadas, en tanto que los defectos amnésicos son desproporcionados en relación con las demás perturbaciones.



Psicosis o síndrome de Korsakov inducido por alcohol u otras sustancias psicoactivas o no especificadas

Trastorno amnésico inducido por alcohol o drogas

Excluye: psicosis o síndrome de Korsakov no alcohólico (F04)

.7 Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío

Trastorno en el cual los cambios cognitivos, de la afectividad, de la personalidad o del comportamiento inducidos por el alcohol o por sustancias psicoactivas, se prolongan más allá del período durante el cual podría asumirse razonablemente que está operando un efecto directamente relacionado con las mismas. El comienzo del trastorno debe estar directamente relacionado con el consumo de la sustancia psicoactiva. En los casos en que el comienzo del estado ocurra más tarde que el o los episodios del uso de dicha sustancia, será codificado aquí sólo cuando se disponga de evidencias claras y firmes para atribuir ese estado a los efectos residuales de la sustancia psicoactiva. Las retrospectivas (flashbacks) deben ser diferenciadas del estado psicótico en parte por su naturaleza episódica, por ser frecuentemente de muy corta duración, y porque reproducen experiencias previas relacionadas con el alcohol u otras sustancias psicoactivas.

Demencia alcohólica SAI

Demencia y otras formas más leves de deterioro intelectual permanente

Retrospectivas

Síndrome cerebral alcohólico crónico

Trastorno (de la):

- afectivo residual
- percepción postconsumo de alucinógenos
- psicótico de comienzo tardío inducido por sustancias psicoactivas
- residual de la personalidad y del comportamiento

Excluye: estado psicótico inducido por alcohol o por sustancias psicoactivas (F10–F19 con cuarto carácter común .5)

síndrome de Korsakov inducido por alcohol o por sustancias psicoactivas (F10–F19 con cuarto carácter común .6)

.8 Otros trastornos mentales y del comportamiento

.9 Trastorno mental y del comportamiento, no especificado

F10.– Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol

[Ver páginas 305–307 para las subdivisiones]

F11.– Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos

[Ver páginas 305–307 para las subdivisiones]

F12.– Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides

[Ver páginas 305–307 para las subdivisiones]



- F13.– Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos**
[Ver páginas 305–307 para las subdivisiones]
- F14.– Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína**
[Ver páginas 305–307 para las subdivisiones]
- F15.– Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes, incluida la cafeína**
[Ver páginas 305–307 para las subdivisiones]
- F16.– Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógenos**
[Ver páginas 305–307 para las subdivisiones]
- F17.– Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco**
[Ver páginas 305–307 para las subdivisiones]
- F18.– Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de disolventes volátiles**
[Ver páginas 305–307 para las subdivisiones]
- F19.– Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas**
[Ver páginas 305–307 para las subdivisiones]

Se debe usar esta categoría cuando se sabe que hay en cuestión dos o más sustancias psicoactivas pero es imposible determinar cuál contribuye más al trastorno. Esta categoría debe emplearse también cuando es incierta o desconocida la identidad de alguna o incluso de todas las sustancias psicoactivas que han sido usadas, ya que muchas personas que consumen múltiples drogas a menudo no conocen en detalle cuáles están tomando.

Incluye: mal uso de drogas SAI



Anexo 2:

DSM-V. Clasificación de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias.⁷

Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos (481)

Los siguientes especificadores y la nota se aplican a los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos en los casos indicados:

^a*Especificar si:* En remisión inicial, En remisión continuada

^b*Especificar si:* En un entorno controlado

^c*Especificar si:* Con alteraciones de la percepción

^dEl código CIE-10-MC indica la presencia concurrente de un trastorno de uso de sustancias moderado o grave, que debe estar presente a fin de aplicar el código para abstinencia de sustancias.

Trastornos relacionados con sustancias (483)

Trastornos relacionados con el alcohol (490)

____ (____) Trastorno por consumo de alcohol^{a, b} (490)

Especificar la gravedad actual:

305.00 (F10.10) Leve

303.90 (F10.20) Moderado

303.90 (F10.20) Grave

303.00 (____) Intoxicación por alcohol (497)



Clasificación del DSM-5

(F10.129)	Con trastorno por consumo, leve
(F10.229)	Con trastorno por consumo, moderado o grave
(F10.929)	Sin trastorno por consumo
291.81 (____)	Abstinencia de alcohol ^{c,d} (499)
(F10.239)	Sin alteraciones de la percepción
(F10.232)	Con alteraciones de la percepción
____ (____)	Otros trastornos inducidos por el alcohol (502)
291.9 (F10.99)	Trastorno relacionado con el alcohol no especificado (503)
Trastornos relacionados con la cafeína (503)	
305.90 (F15.929)	Intoxicación por cafeína (503)
292.0 (F15.93)	Abstinencia de cafeína (506)
____ (____)	Otro trastorno inducido por la cafeína (508)
292.9 (F15.99)	Trastorno relacionado con la cafeína no especificado (509)
Trastornos relacionados con el cannabis (509)	
____ (____)	Trastorno por consumo de cannabis ^{a,b} (509) <i>Especificar la gravedad actual:</i>
305.20 (F12.10)	Leve
304.30 (F12.20)	Moderado
304.30 (F12.20)	Grave
292.89 (____)	Intoxicación por cannabis ^c (516) Sin alteraciones de la percepción
(F12.129)	Con trastorno por consumo, leve
(F12.229)	Con trastorno por consumo, moderado o grave
(F12.929)	Sin trastorno por consumo
	Con alteraciones de la percepción
(F12.122)	Con trastorno por consumo, leve
(F12.222)	Con trastorno por consumo, moderado o grave
(F12.922)	Sin trastorno por consumo
292.0 (F12.288)	Abstinencia de cannabis ^d (517)
____ (____)	Otros trastornos inducidos por el cannabis (519)
292.9 (F12.99)	Trastorno relacionado con el cannabis no especificado (519)
Trastornos relacionados con los alucinógenos (520)	
____ (____)	Trastorno por consumo de fenciclidina ^{a,b} (520) <i>Especificar la gravedad actual:</i>
305.90 (F16.10)	Leve
304.60 (F16.20)	Moderado



xxviii

Clasificación del DSM-5

- 304.60 (F16.20) Grave
- ___ (___) Trastorno por consumo de otros alucinógenos^{a,b} (523)
Especificar el alucinógeno en particular
Especificar la gravedad actual:
- 305.30 (F16.10) Leve
- 304.50 (F16.20) Moderado
- 304.50 (F16.20) Grave
- 292.89 (___) Intoxicación por fenciclidina (527)
- (F16.129) Con trastorno por consumo, leve
- (F16.229) Con trastorno por consumo, moderado o grave
- (F16.929) Sin trastorno por consumo
- 292.89 (___) Intoxicación por otros alucinógenos (529)
- (F16.129) Con trastorno por consumo, leve
- (F16.229) Con trastorno por consumo, moderado o grave
- (F16.929) Sin trastorno por consumo
- 292.89 (F16.983) Trastorno perceptivo persistente por alucinógenos (531)
- ___ (___) Otros trastornos inducidos por fenciclidina (532)
- ___ (___) Trastornos inducidos por otros alucinógenos (532)
- 292.9 (F16.99) Trastorno relacionado con la fenciclidina no especificado (533)
- 292.9 (F16.99) Trastorno relacionado con los alucinógenos no especificado (533)

Trastornos relacionados con los inhalantes (533)

- ___ (___) Trastorno por consumo de inhalantes^{a,b} (533)
Especificar el inhalante en particular
Especificar la gravedad actual:
- 305.90 (F18.10) Leve
- 304.60 (F18.20) Moderado
- 304.60 (F18.20) Grave
- 292.89 (___) Intoxicación por inhalantes (538)
- (F18.129) Con trastorno por consumo, leve
- (F18.229) Con trastorno por consumo, moderado o grave
- (F18.929) Sin trastorno por consumo
- ___ (___) Otros trastornos inducidos por inhalantes (540)
- 292.9 (F18.99) Trastorno relacionado con inhalantes no especificado (540)

Trastornos relacionados con los opiáceos (540)

- ___ (___) Trastorno por consumo de opiáceos^a (541)
Especificar si: En terapia de mantenimiento, En un entorno controlado
Especificar la gravedad actual:



Clasificación del DSM-5

xxix

305.50	(F11.10)	Leve
304.00	(F11.20)	Moderado
304.00	(F11.20)	Grave
292.89	(...)	Intoxicación por opiáceos ^c (546)
		Sin alteraciones de la percepción
	(F11.129)	Con trastorno por consumo, leve
	(F11.229)	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	(F11.929)	Sin trastorno por consumo
		Con alteraciones de la percepción
	(F11.122)	Con trastorno por consumo, leve
	(F11.222)	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	(F11.922)	Sin trastorno por consumo
292.0	(F11.23)	Abstinencia de opiáceos ^d (547)
...	(...)	Otros trastornos inducidos por opiáceos (549)
292.9	(F11.99)	Trastorno relacionado con opiáceos no especificado (550)
Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (550)		
...	(...)	Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos ^{a,b} (550)
		Especificar la gravedad actual:
305.40	(F13.10)	Leve
304.10	(F13.20)	Moderado
304.10	(F13.20)	Grave
292.89	(...)	Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (556)
	(F13.129)	Con trastorno por consumo, leve
	(F13.229)	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	(F13.929)	Sin trastorno por consumo
292.0	(...)	Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos ^{c,d} (557)
	(F13.239)	Sin alteraciones de la percepción
	(F13.232)	Con alteraciones de la percepción
...	(...)	Otros trastornos inducidos por los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (560)
292.9	(F13.99)	Trastorno relacionado con los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos no especificado (560)
Trastornos relacionados con los estimulantes (561)		
...	(...)	Trastorno por consumo de estimulantes ^{a,b} (561)
		Especificar la gravedad actual:



xxx

Clasificación del DSM-5

___ (___)	Leve
305.70 (F15.10)	Sustancia anfetamínica
305.60 (F14.10)	Cocaína
305.70 (F15.10)	Otro estimulante o un estimulante no especificado
___ (___)	Moderado
304.40 (F15.20)	Sustancia anfetamínica
304.20 (F14.20)	Cocaína
304.40 (F15.20)	Otro estimulante o un estimulante no especificado
___ (___)	Grave
304.40 (F15.20)	Sustancia anfetamínica
304.20 (F14.20)	Cocaína
304.40 (F15.20)	Otro estimulante o un estimulante no especificado
292.89 (___)	Intoxicación por estimulantes ^c (567) <i>Especificar la sustancia específico</i>
292.89 (___)	Anfetamina u otro estimulante, Sin alteraciones de la percepción
(F15.129)	Con trastorno por consumo, leve
(F15.229)	Con trastorno por consumo, moderado o grave
(F15.929)	Sin trastorno por consumo
292.89 (___)	Cocaína, Sin alteraciones de la percepción
(F14.129)	Con trastorno por consumo, leve
(F14.229)	Con trastorno por consumo, moderado o grave
(F14.929)	Sin trastorno por consumo
292.89 (___)	Anfetamina u otro estimulante, Con alteraciones de la percepción
(F15.122)	Con trastorno por consumo, leve
(F15.222)	Con trastorno por consumo, moderado o grave
(F15.922)	Sin trastorno por consumo
292.89 (___)	Cocaína, Con alteraciones de la percepción
(F14.122)	Con trastorno por consumo, leve
(F14.222)	Con trastorno por consumo, moderado o grave
(F14.922)	Sin trastorno por consumo
292.0 (___)	Abstinencia de estimulantes ^d (569) <i>Especificar la sustancia específica que provoca el síndrome de abstinencia</i>
(F15.23)	Anfetamina u otro estimulante
(F14.23)	Cocaína
___ (___)	Otros trastornos inducidos por estimulantes (570)
292.9 (___)	Trastorno relacionado con estimulantes no especificado (570)
(F15.99)	Anfetamina u otro estimulante
(F14.99)	Cocaína



Anexo 3:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO CON METADONA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO CON METADONA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL INTERNO _____
CENTRO PENITENCIARIO MADRID V SOTO DEL REAL _____
NUMERO PROFESIONAL DEL MÉDICO _____

Por el presente documento, doy mi consentimiento voluntario a que se me prescriba el tratamiento con metadona como parte del tratamiento de mi dependencia a opiáceos y acepto cumplir las normas del Programa de Mantenimiento con Metadona.

Se me ha informado de los siguientes aspectos:

- 1.- La metadona es un medicamento opiáceo, activo por vía oral durante más de 24 horas. Se me han explicado los procedimientos para mi tratamiento y entiendo que implica la toma de una dosis diaria de metadona, en presencia del profesional o responsable designado.
- 2.- La metadona es un medicamento muy peligroso si se toma sin supervisión médica, produce dependencia y puede provocar efectos adversos (estreñimiento, sudoración, sedación, etc.), apareciendo síndrome de abstinencia si dejo de tomarla sin control médico.
- 3.- Existe el riesgo de muerte por sobredosis si me autoadministro otras sustancias que no me ha prescrito el médico: psicofármacos ("trankimazin", "tranxilium" y otros), alcohol, pastillas para dormir, otros opiáceos como heroína, morfina, codeína, etc.
- 4.- Durante la primera semana de tratamiento, en el inicio o inducción, hay mayor peligro de intoxicación y de sobredosis, por lo que en ningún caso puedo tomar medicación sin prescripción médica, debiendo informar al Servicio Médico ante cualquier síntoma anormal, y fundamentalmente somnolencia, confusión, náuseas, vómitos, dificultad para respirar, inestabilidad al andar o dificultad al hablar.
- 5.- Ya que el uso de otros medicamentos conjuntamente con la metadona puede causarme daños, acepto la obligación de informar a cualquier médico que me asista por cualquier problema de salud, que estoy en tratamiento con metadona.
- 6.- La meta final de mi tratamiento con metadona es conseguir la mayor normalización posible como persona y disminuir los riesgos y daños sobre mi estado general de salud, siendo por ello necesario el abandono del consumo de drogas.
- 7.- Sé que puedo solicitar la suspensión de este tratamiento en cualquier momento y que, si tomo esa decisión, tengo derecho a recibir un tratamiento de desintoxicación bajo control médico.
- 8.- En el caso de mujeres:
 - 8.1 Si me quedo embarazada me comprometo a informar inmediatamente al médico
 - 8.2 La metadona atraviesa la placenta y llega al feto, por lo que en caso de embarazo debo extremar las precauciones para evitar situaciones de abstinencia por dejar bruscamente el tratamiento con metadona, o de sobredosis por consumir sin control médico otras sustancias que producirían sufrimiento al feto o precipitación del parto.
 - 8.3 No podré amamantar a mi hijo de forma natural ya que la metadona se elimina también por la leche y podría perjudicar a mi hijo generando una dependencia física.

Y en concreto acepto, de forma voluntaria y sin excepción, los siguientes puntos:

- 1.- Asistir a las actividades concertadas con el equipo responsable del tratamiento
- 2.- Tomar la metadona en presencia del profesional sanitario responsable guardando puntualidad, orden y corrección a la hora de la administración identificándome mediante el carné del centro y comprobando la etiqueta con mi nombre.
- 3.- En cualquier momento de la duración del programa podrá realizarse analítica de orina sin que pueda negarse a la realización.
- 4.- Queda totalmente prohibido tener, vender o consumir cualquier tipo de fármaco o sustancia no prescrita por el médico.
- 5.- Queda totalmente prohibido el robo, la agresión y/o amenaza física o verbal. Además la comisión de otras faltas graves puede ser considerado motivo de expulsión.
- 6.- En general el incumplimiento de este contrato y de las normas del Programa, así como la alteración en la convivencia con los profesionales y resto de integrantes del programa, con los funcionarios y resto de internos del Centro Penitenciario, será valorado como motivo de expulsión temporal o definitiva del Programa. En este supuesto se garantiza exclusivamente la dispensación de metadona en dosis decrecientes durante 21 días.

Tras recibir y entender la información anteriormente señalada, el abajo firmante ACEPTA la prescripción de Clorhidrato de Metadona y el cumplimiento de las normas, eximiendo al personal del Programa de Metadona de toda responsabilidad que del mal uso personal de la sustancia se derive.

En Soto del Real, a de del 20

Firma del interno

Firma del médico